# Revista de ciencias psicológicas y neurológicas

VOL. IV No. 1

LIMA, MARZO 1967

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

# UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

## FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

**PERSONAL DOCENTE**

| | |
|---|---|
| **Jefe del Departamento** | Dr. Oscar Valdivia Ponce |

ASIGNATURA DE PSIQUIATRIA "A"

| | |
|---|---|
| **Profesor Principal** | Dr. Oscar Valdivia Ponce |
| **Profesores Asociados** | Dr. Max Arnillas Arana<br>Dr. Augusto Colmenares Murrugarra<br>Dr. Sergio Zapata Agurto |
| **Profesor Auxiliar** | Dr. Carlos Saavedra Suescum |
| **Profesor contratado** | Dr. César Delgado Hurtado |
| **Jefes Instructores** | Dra. Judith Calenzani<br>Dr. Hugo Diaz Vásquez<br>Dr. Enrique Ghersi Belaúnde<br>Dr. Walter Griebenow Estrada<br>Dr. Carlos Gutiérrez Ferreira |
| **Jefes Instructores contratados** | Dr. Jorge Castro Morales<br>Dr. Manuel Fernández<br>Dr. Alberto Péndola Febres<br>Dra. Antonia Sánchez<br>Dr. Juan Tobalina |
| **Psicólogos Clínicos contratados** | Dra. Clara Behar<br>Dra. Yolanda La Torre |
| **Asistenta Social contratada** | Sra. Libertad Lescano de Vera |

ASIGNATURA DE PSIQUIATRIA "B"

| | |
|---|---|
| **Profesor Principal** | Dr. Humberto Rotondo Grimaldi |
| **Profesor Asociado** | Dr. José Sánchez García. |
| **Profesores contratados** | Dr. Francisco Alarco<br>Dr. Fernando Samanez |
| **Jefe Instructor** | Dr. Andrés Cáceres |
| **Jefes Instructores contratados** | Dr. Manuel Almeyda<br>Dr. Ethel Bazán<br>Dr. Alfredo Beyer<br>Dr. Roberto Criado<br>Dr. Carlos García Pacheco<br>Dr. César López Salas<br>Dr. Alfonso Mendoza<br>Dr. Julio Morales Galarreta<br>Dr. Oscar Rubio Córdoba<br>Dr. Elard Sánchez<br>Dr. Vital Scapa |

**(Continúa en la 3ª carátula)**

# REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. IV, Nº 1 MARZO, 1967 LIMA, PERU

# REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

**ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**Vol. IV, Nº 1 MARZO, 1967 LIMA, PERU**

CONTENIDO:

ARTICULOS ORIGINALES



DOCUMENTOS

# LA PSYCHIATRIE AU SERVICE DU TIERS-MONDE: NOUVELLES CONSIDERATIONS*

LOUIS MARS **

Lo 17 mai 1966, j'ai eu l'honneur de présenter mes points de vue sur la "Psychiatrie au service du Tiers-Monde" aux honorables membres de l'Académis Royale de Médecine d'Espagne.

Vous me permettres d'en tirer l'essentiel pour bâtir ce rapport sur le même sujet su 2ème. Congrès International du Psychodrame en y ajoutant toutes suggestions utiles qui en agrandissent la portée en fonction du caractère international de notre réunion.

Les pays sous-developpés affrontent des problèmes difficiles et complexes d'organisation économique, sociale et politique. Ne soyons pas étonnés si l'assistance psychiatrique y passe au dernier plan.

Des nations européennes elles-mêmes, vieilles de plusieurs siècles de civilisation n'ont pas su élever de pareilles preocupations au niveau d'un problème d'Etat réel en lui accordant la priorité qu'elle mérite bien qu'il s'agisse du cerveau, c'est-à-dire de la partie la plus noble du corps humain.

Et quel est l'avenir de la psychiatric en Afrique, en Asie et dans l'Amérique Latine?

Pouvons-nous contribuer à la construction du monde nouveau dont la profil se dessine à l'horizon?

Len Monde Nouveau: je désigne par ce vocable toutes les jeunes nations, grandes et petites, jaunes, noires ou blanches qui ont acquis récemment leur indépendance politique, luttent obstinément pour élever

---

* Raport au 2ème. Congrès International du Psychodrame-Barcelona, Septembre, 1966.

** Membre de l'Academic de Medicine de New York-Ex-Professeur de Psychiatrie a la Faculté de Médicine de Port-au-Prince (Haiti).

leur standard économique et culturel, sollicitent la coopération des vieilles nations pour assurer leur équipement en biens matériels et spirituels: j'ai nommé le Tiers-Monde. J'y comprends également de vieux pays politiquement indépendants dont l'économie souffre des maux du sous-développement.

Et pour amorcer la discussion, choisissons un de ces pays: Haiti par exemple dans la Mer des Caraibes: un pays de 4.500.000 habitants dont las 4/5 sont des paysans agriculteurs qui vivent dans des villages éparpillés à travers les montagnes et las plaines et le 1/5 habite les villes cotières.

Notre histoire tourmentée prend sa source dans l'esclavage et son cortège d'atrocités et de turpitudes, de conflits de races et de classes.

Devenu indépendant le 1er. Janvier 1804, éliminée la domination française, le pays s'est approprié de nombreuses institutions occidentales.

De l'ancien envahisseur, il a gardé la langue, la religion et bien d'autres attributs, qui métissés aux traits culturels africains, lui donnent juzqu'à ce jour une physionomie originale.

La couleur de l'homme haitien, son endurance, sa jovialité, le pragmatisse de ses dieux, l'organisation socio-économique de la vie rurale témoignent de la persistance du passé africain; sa résignation, sa grande adaptabilité aux nombreuses difficultés de la vie sont des séquelles de l'esclavage.

## Esquisse psycho-sociologique de la famille haitienne

Ayant vécu aux Etats-Unis pendant plusieurs années, j'ai pu étudier la vie familiale dans ce pays. Voinci la comparaison qui s'offre dans ce domaine entre Haiti et les Etats-Unis. Elle mettra en relief les fils les plus ténus du tissu social haitien.

### a) *L'Enfant au sein de la famille*

Grâce à Sigmund Freud, le créateur de la psychanalyse, nous avons appris à connaître et à évaluer cliniquement les liens psychologiques qui unissent l'enfant à ses progéniteurs. La découverte du complexe d'Oedipe s'est montrée d'une très grande importance en matière de psychologie de 'enfance mais l'on sati qu'à la suite des travaux anthropologiques de B. Malinowski, Margaret Mead dans les îles océaniennes, il a paru nécessaire de faire certaines mises au point. En présence de

configurations familiales distinctes de colles qui ont été signalées en Europe par Freud et ses élèves, le dit complexe s'inscrit dans un contexte familial différent. Par exemple, dans certaines populations océaniennes, le père biologique est entièrement inconnu. Il joue le rôle d'un simple ami de la famille. Celui qui le remplace? l'oncle maternel: le père sociologique. C'est ce dernier par conséquent, qui fait partie du triangle oedipien.

Il est repporté une situation encore plus curieuse dans une autre aire du Pacifique où l'ambivalence de l'enfant mâle s'établit on relation non pas avec le père sociologique, mais avec tous les êtres mâles de la famille qui se partagent le rôle de l'elever. Nous allons voir tout de suite un autre type de relations oedipiennes en Haiti.

Dans la classe moyenne urbaine aux Etats-Unis, la famille se réduit strictement aux trois unités, père-mère-enfant. Le plus souvent les deux parents travaillent au dehors. En certaines circonstances, le père travaille dans une autre ville. L'enfant est élevé par la mère senlement: ces deux dernières situations sont grosses de pathologie.

Dans la classe moyenne urbaine en Haiti: seul le père travaille. La mère est maîtresse de maison. Elle est entourée le plus souvent d'une grand-mère, d'un frère ou d'une soeur, de plusieurs bonnes dont une est entièrement consacrée à l'enfant.

Cette dernière est choisie au hasard. Si elle se montre intelligente et dévouée, elle peut rester en service pendant longtemps et apprendre son métier d'éducatrice au fur et a mesure que les enfants se multiplient. Certaines d'entre elles deviennent membres de la famille à titre adoptif. A elle, revient la tâche de torcher l'enfant, de le baigner, de l'habiller, de l'emmener en promenade, de lui donner à manger, de le faire dormir.

Par conséquent la bonne contribue, a l'égal de la mère, du père et des autres parents à transmettre la culture à l'enfant: ses tabous moreaux, ses prescriptions hygiéniques, que sais-je encore? Cependant toutes les fois qu'il fant corriger le petit, on cède le pas au père d'abord et ensuite aux autres membres du sexe masculin. Par ainsi le garçon éprouve le sentiment ambivalent d'amour et de haine à l'égard du père suivant la description originale du complexe d'Oedipe par l'ilustre Maître de Vienne.

Dans les familles illégitimes, l'absence du père et de tout être masculin force la mère à cette besogne de correction: situation également grosse de pathologie.

Une autre différence entre les deux pays au point de vue d'hygiène maternelle: dans la classe moyenne aussi bien que dans les masses rurales, l'on ne consit par *The unwanted Child*, l'enfant non désiré si fréquent aux Etats-Unis. Tout enfant est considéré comme une bénédiction du ciel. Les parents ont l'habitude de parler de leur richesse en *garcons* et en *filles*: de leur *richesse humaine*: l'expression est empreinte d'une haute spiritualité malgré que le sociologue reconnaisse bien qu'un grand nombre d'enfants peut créer des entraves économiques sérieuses. Mais l'homme de la rue se fie à la magnanimité du Créateur qui, à ses yeux ne s'est jamais démentie à l'égard des êtres les plus humbles. La bourgeoisie haitienne des grandes villes limite le nombre d'enfants à trois ou quatre.

b) *L'Enfant hors de la maison*

Aux Etats-Unis, il existe d'immenses villes, des villes tentaculaires où l'homme se perd, où l'humain est broyé littéralement. Il devient une machine parmi des machines.

Rien n'est plus indifférent que l'mmense foule des trottoirs qui s'écoule indéfiniment vers un but inconnu. Dans cette civilisation dominée par la machine, l'adolescent vit sous l'emprise de la radio et de la télévision. Et le héros qu'il adore c'est le super-man, le surhomme qui manie avec une dextérité extraordinaire la superbombe et bien des gadgets. Et à quelle fin? *Pour détruire.*

Les magasins, la radio, la télévision lui servent à longueur de journée de tels poisons psychologiques. Comment s'étonner de l'organisation de gangs d'enfants et du taux élevé de délinquance mineure?

Nous ne voulons pas dire que seuls ces éléments précités sont cause de tels revages dans les rangs des adolescents. L'on sait que la famille dans les grands centres industriels est désorganisée, como nous l'avons souligné plus haut, que ni l'Etat ni la religion ne peuvent pas garantir l'éducation de l'enfant.

Autre est la situation de l'adolescent dans les villes haitiennes.

Il vit emmailloté dans le réseau des liens familiaux, des tabous sociaux et religieux. Ceci est encore plus visible chez le jeune fille dont l'émancipation —en dehors du mariage— peut arriver très tard. Au surplus dans la majorité des villes haitiennes —elles ont moins de 60,000 habitants— le *contrôle social* se maintient ferme. Il s'é mousse quelque

peu à la capitale, ville cosmopolite qui comprend 200.000 habitants environ. La délinquence mineure, d'un taux bas, y est plutôt liée à la misère économique des classes pauvres. Elle n'offre pas l'image spectaculaire du délinquant dangereux mais celle touchante et lamentable à la fois de la mendicité, vol d'objet plus ou moins insignifiants: drame de la faim.

El quelle place la societé réserve-t-elle en son sein à l'adulte? A quelle pression psychologique est-il soumis? Aquells force disruptive la personalité humaine doitelle faire face? Et comment réagit-elle? Autant de questions passionnantes auxquelles il nous est impossible de répondre dans le cadre d'une communication. Cependant il n'est pas interdit d'amorcer le problème dans les pages suivantes. Peut-être dans d'autres réunions, nous pourrons en discourir longuement.

Je vous disais tout à l'heure que la société haitienne est née le 1er. Janvier 1804 de l'enfer colonial dans un fracas d'armes et de vocables sonores. La révolution qui a mené à notre indépendance a mis fin à l'esclavage mais elle a laissé tapie au fond de nous même une peur immense de l'exploitation de l'homme por l'homme.

Telle est en partie la source originelle de notre *sentiment collectif d'insécurité*: *le traumatisme de la naissance.* Telle est en partie l'origine de la méfiance qui se perpétue entre les classes, empoisonne les rapporta humains et explose soudainement en révoltes perturbatrices de l'ordre social.

Chez l'homme de la rue, vous le verrez poindre dans des réveries fantastiques sans aucun lien d'aucune sorte avec la réalité étriquée. Quand cette dernière deviendra intolérable, la schizophrénie paranoide aigue éclot.

Nous avons observé combien est fréquente cette affection ot comment la famille et le cercle des camarades lui prêtent une oreille complaisante: ce qui en émousse la nocivité.

Comme la société haitienne est le produit du métissange de la civilisation occidentale et de la culture africaine: culture étant prise dans son sens ethnologique: l'ensemble de moeurs, coutumes, attitudes psychologiques et développement technique d'un groupement humain donné, il est important de remarquer que ce métissage a créé des problèmes psychologiques, sociaux et économiques. Seuls les premiers nous intéressent dans cette communication. Faute de place, limitons-nous à deux ou trois espèces.

Conflit de lengues: l'élite et la classe moyenne parlent le français; les masses: le créole: un patois mâtiné de vieux français, d'espagnol et d'africain. Le créole est né à St-Domingue à l'époque de l'esclavage.

L'enfant dans les deux groupes sociaux précités est en contact permanent avec sa bonne qui est toujours d'extraction humble. Les parents l'obligent à parler le français. Sa bonne l'encourage à connaitre le créole. Il tient de celle-ci un véritable enseignement du folklore haitien toute une collection de contes charments ou effrayants certes plus près de lui et de sa mentalité que les fables de La Fontaine; une kyrielle de jurons, d'expressions hautes en couleur. De là, une lutte sourde, acharnée, agaçante entre parents, bonne et enfant dont la victime reste ce dernier. A l'école, la lutte s'intensifie avec la caractère autoritaire de l'instituteur. Il l'est traditionellement. Formé par des *maitres français* et haitiens, il impose le français (inconsciemment le plus souvent) à ses élèves.

Conflit de religions: les masses rurales pratiquent l'animisme voudouesque: sorte de religion ancestrale originaire de l'Afrique Noire et qui n'a aucun rapport avec les crimes de sorcellerie décrits par certains journalistes américains en quête du sensationnel. Les habitants des villes pratiquent le catholicisme. Cependant de nombreuses chapelles sont répandues dans les campagnes. Accompagnées d'écoles presbytérales, elles constituent des postes avancés de l'Eglise catholique. Le protestantisme minoritaire s'est établi surtout dans les montagnes et les plaines. De là une lutte âpre et féroce pour la conquête den âmes.

Il existe bien d'autres sources de conflicts que les recherches sociologiques ont mis en lumière. Tous ces conflits entretiennent un véritable climat d'insécurité.

Cependant nous tenons à signaler que l'homicide et le suicide sont rares en Haiti et les maladies mentales moins fréquentes qu'aux Etats-Unis. A peine notons-nous en moyenne, par an, 10 cas de suicide dans une population de 200.000 personnes.

Nous avons signalé ailleurs que la culture haitienne a créé ses propes voies de sublimation, de défoulement collectif qui allège l'insécurité, diminue l'anxiété. Elle réserve aux dieux de l'Olympe Vodouesque le soin encombrant de venger l'homme de la méchanceté de ses semblables.

Bien des pays de l'Amérique de Sud présentent des problèmes aussi complexes.

La psychiatrie en Haiti

Vous en parler, c'est vous dire nos efforts pour faire connaître et accepter tout d'abord la psychiatrie et une nouvelle conception de la maladie mentale.

En 1937, de retour de France, je découvris à la Croix des Bouquets près de la capitale une garderie de 250 aliénés blottie au fond d'une plaine immense. Elle était desservie par un médecin généraliste et une dousaine d'auxiliaires non-qualifiés.

L'Etat fournissait un minimm de moyens financiers pour l'entretien de ces malades. Les parents et amis leur rendaient de bien rares visites que la grande misère des lieux n'encourageait fuères': délabrement des locaux, quasi-inexistence de l'outillage et de l'équipement, personnel inadéquant: pareille détresse rappelait à s'y méprendre celle des aliénés de France avant la réforme de Pinel en 1793.

Il a fallu appeler au secours de ces pauvres mutilés de l'esprit. Dès 1937, je créais, à cette fin la Ligue Nationale d'Hygiène Mentale qui réunit des professionnels de tout genre: médecins, infirmières, prêtres catholiques, pasteurs protestants, en un mot tous les gens en général qui acceptaient de soutenir l'oeuvre. De l'étranger vint un appui moral sporadique mais réconfortant: De Londres: J. R. Rees: Directeur de la Fédération de la Santé Mentale; De New-York: Dr. Nathan S. Kline: Président du Comité International de traitement des Maladies Mentales; Madame Eilleen Garrett: Présidente de la Fondation de Parapsychologie; De Montréal: le R. Père Sanson mèdecin psychiatre membre de la Compagnie de Jésus; De Paris: le R. Père Piprot d'Alleaumes, prêre dominicain; De Rome: le Professeur Emilio Servadio: psychanaliste. Ils visitèrent Haiti et se rendirent compte de visu de la gravité du problème. La ligue organisa des fêtes, des visites à l'asile, des conférences radiodiffusées et publiques avec présentation de malades.

Secouée par des crises internes, elle connut des éches mais peu à peu l'opinion publique alertée finit par s'intéresser à cette triste et grave situation. La transformation radicale de leur sort allait être due à une heureuse conjoncture: la présence au pouvoir d'un grand médecin haitien et homme politique qui s'est intéressé à l'oeuvre et la sympathie agissante d'un confrère américain.

En effect, l'intervention généreuse du Dr. François Duvalier, Président de la République, du Dr. Nathan S. Kline et des directeurs des firmes

pharmaceutiques: Wyeth, Hoffman, La Roche et Schering permit de construire en 1958 à Port-au-Prince notre premier centre psychiatrique ouvert consacré au traitement des malades aigus près de la Faculté de Médecine et de l'Hopital Général. Il compte 19 lits. L'effort thérapeutique porte surtout sur un minimum de journées de'Hospitalisation et un maximum de traitement ambulatoire. Nous évitons ainsi tout risque d'hospitalisme.

Le personnel comprend 3 psychiatres, 1 neurologue, 1 psychologue, des infirmières et des assistantes sociales. Grâce à la coopération américano-haitienne, ils ont reçu un bon entrainement aux Etats-Unis, ils font en Haiti un excellent travail scientifique en liaison étroite avec leurs collègues hospitaliers.

Grâce à la position exceptionnelle du Centre, les malades bénéficient des installations techniques de l'Hopital Général et les étudiants se familiarisent avec les affections mentales. Le Comité International de Traitment des Maladies Mentales s'en est inspité pour bâtir des institutions pareilles en Iran, et au Pakistan. On abandonne l'ancienne formule qui consistait à construire d'immenses hopitaux pour adopter la formule haitienne de centres ouverts.

Par ailleurs, le Gouvernement haitien a construit un centre de dépistage de la délinquance mineure, transformé l'asile de la Croix des Bouquets en un hopital moderne pour malades chroniques mais la tâche est loin d'être terminée. Pour desservir un apopulation de 4.500.000 âmes, il se propose de pouvoir les provinces de Centres psychiatriques semblables, de créer des dispensaires d'hygiène mentale dans les villes et villages sous la supervision d'un bureau central d'hygiène mentale.

Les maladies mentales paraissent moins fréquentes en Haiti qu'en France et aus Etats-Unis mais pour le prouver, il serait nécessaire de faire un relevé épidémiologique complet dans tout le pays. Il faudrait installer, au préalable, ce réseau d'institutions en question.

En attendant, il n'est pas interdit de risquer quelques réflexions sur leurs différents aspects cliniques et socio-psychiâtriques.

Jean M. Bordeleau et Nathan S. Kline signalent dans la revue "Santé Mentale Mondiale" Vol. 14 No. 4 — Novembre 1962, que pour une durée de 3 ans le nombre de malades soignes au Centre s'est élevé à 1049 dont 55% sont des hommes et 45% des femmes; 28% ont été malades pendant trois; 49% pendant plus d'un an. Sur 415 malades hospitalisés, 286 ont été atteints de schizophrénie soit: 69%. La schizophrénie paranoide

s'est révélée la forme la plus fréquente. La psychose maniaco-dépressive: 9% les névroses: 8%; les psychoses organiques chroniques: 5%.

Des observations de J. J. Sansaigne, Max Desrosiers, Louis Mars, et Bordleau il ressort les données suivantes extraites d'un nombre limité de cas:

Nous avons noté la fréquence de l'épilepsie 15%, la rareté de la syphilis nerveuse 1,3%, de la paralysie générale à cause, parait-il, de l'endémicité de la malaria dans certaines régions, la rareté des psychoses et déviations sexuelles, de l'alcoolisme dans un pays à forte consommation de rhum.

Le psychiatre reçoit un petit nombre de malades atteints de dépression involutive, de psychose maniaco-dépressive, type dépressif, presque pas de dépression névroti que et dépression réactionnelle. Cette dernière affection n'est pas identifiée le plus souvent parce que ces malades s'adressent surtout à l'interniste. Il s'agit d'un type de dépression réactionnelle à la suite de la perte de parents, d'échecs économiques et sociaux graves. Le malade ne se plaint d'aucun symptome psychologique mais il subit une perte de poids impressionnante: il frond à vue d'oeil. L'anamnèse aiguillera vers la cause de cet etat et mènera au vrai diagnostic.

Il est également nécessaire de savoir porquoi nous comptons au Centre de Psychiatrie, un taux élevé de schizophrénies 50%, y compris la schizophrénie aigue.

Certain de ces malades bénéficient asses souvent d'une rémission spontanée.

## La psychiatrie Africaine

En psychiâtrie, un chapitre nouveau s'ouvre: les maladies mentales en Afrique. Ne vous étonnez pas si je vous en présente une maigre esquisse. Il s'agit d'une *terra incognita* qui compte peu d'explorateurs. Les travaux débutent à peine.

Le professeur H. Collomb, Secrétaire Général de la Societé de Psychopathologie et d'Hygiène Mentale de Dakar, après huit ans d'expérience dans le pays, souligne son embarras devant la complexité de pareilles recherches.

"Parmi les difficultés qui s'opposent à une claire perception du fait psychiatrique en Afrique, il en est quatre principales, précise-t-il.

1. C'est tout d'abord le manque d'information. Les maladies mentales n'ont pas été étudiées par les médecins de la colonisation qui avaient d'autres tâches et n'étaient pas spécialisés. Le psychiatre est d'importation récente (ou de formation récente pour ce qui concerne les médecins africains).

Les maladies mentales constituent encore à l'heure actuelle un problème très mineur de Santé publisque. Le niveau de l'assistance, au sens où nous l'entendons en Europe (assistance institutionalisée avec structure administrative), n'est pas très élevé. Tout manque: psychiâtres, infirmiers spécialisés, hôpitaux psychiatriques, dispensaires d'hygiène mentale... Dans ces conditions, les informations qui peuvent être recueillies sont très limitées.

2. Les rares psychiâtres qui travaillent en Afrique sont encore, dans la grande majorité, des psychiâtres occidentaux.

a) Des barrières linguistiques et culturelles gênent la compréhension du malade et limitent la perception des facteurs etiologique psychosociaux.

b) Les "modèles" qui son utilisés pour l'observation des maladies mentales sont des modèles occidentaux sécrétés par la culture occidentale. Ils ne peuvent s'appliquer étroitement aux troubles mentaux issus de cultures différentes. Ils risquent même de gêner l'observation.

c) Les méthodes thérapeutiques psychologiques et sociales ne sont pas aisément transférables d'une culture à l'autre.

Toutes ces difficultésque rencontre, plus ou moins rapidement, le psychiatre occidental, peuvent être paradoxalement celles du psychiâtre africain. Ses modèles sont empruntés à la culture occidentale puisqu'il est formé dans les universités occidentales. Cette transculturation substitue un éclairage étranger qui masque la compréhension des phénomènes. Le problème est d'importance.

3. La grande masse des malades mentaux échappe encore au psychiâtre.

La maladie mentale reçoit une interprétation conforme qux systèmes socio-culturels. Elle est traitée par rapport à ces systèmes; elle relève des différentes catégories de guérisseurs professionnels, compétents, qualifiés par leur formation et par l'adhésion du groupe".

Son approche scientifique serait plutôt du ressort de l'ethnopsychia-

trie dont j'ai défini les grandes lignes en ces termes au 2ème. Congrès International de Psychiatrie tenu à Zurich en Septembre 1957.

L'Ethnopsychiatrie est une science nouvelle à laquelle j'si apporté une humble contribution depuis une quinzaine d'années. D'autres chercheurs l'appellent: la psychiatrie transculturelle.

Encore dans ses langes, cette nouvelle discipline tâtonne, erre, cherche ses voies. Produit hybride, né des sciences humaines et de la psychiatrie médicale, l'ethnopsychiatrie étudie les maladies mentales à l'échelle des différentes cultures et civilisations. Elle interroge le passé des peuples et fixe l'évolution clinique des maladies mentales en foction du développement économique, social et religieux des groupement humains. Elle détermine les aires d'extension des maladies mentales à travers les pays et les continents.

C'est la perspective horizontale.

A l'aide de la psychanalyse, elle décèle le rôle de l'inconscient dans le comportement de l'homme extra-européen; elle étudie la motivation inconsciente de ses rêves et de ses mythes, de ses tabous et croyances religieuses, en un not de ses modes divers d'adaptation au milieu ambiant.

C'est la perspective verticale.

Il en resulte une nouvelle aproche du fait psychologique normal et pathologique qui cesse de ressembler à une coupe histologique congelée dans de la parafine.

Examiné avec le concours de cet instrument nouveau, le fait en question demeure un produit vivant parce que nous le saisissons encore plongé dans la chaleur des relations humaines. S'il faut, toutefois, saisir dans le concept de relations humaines un équivalent de "celui d'interaction humaine et de relations sociale, c'est à-dre le rapport par lequel les individus s'influencent mutuellement quant à leur conduite et à leurs états intellectuel et psychique dans le cadre de structures sociales qui sont elles-mêmes en état d'interaction entre elles et avec les consciences humaines".

Voilà donc une discipline passionnante qui permettrait de faire des recherches intéressantes et utiles dans le continent africain.

4. L'Afrique est caractérisée par son morcellement ethnique. Les cultures, jusqu'ici traditionnellement stables, sont très variées et peuvent difficilement se résoudre en un fond commun. L'introduction des techniques occidentales va compliquer encore, en diversifiant les situations.

La résistance à l'acculturation est plus ou moins grande selon les ethnies, selon les conditions socio-économiques. Ce qui peut être saisi dans un milieu, ou un groupe, ne sera pas transférable à un autre et ne sera plus valable dans quelques années.

Par ailleurs les sociétés africaines, conformément aux systèmes de représentation et aux systèmes cosmogoniques, ont apporté des solutions aux problèmes des maladies mentales. On peut même parler de prévention et d'Hygiène mentale d'origine africaine. Sans entrer dans le détail des explications de la maladie et des techniques de guérison, il faut souligner quelques points qui paraissent importants dans la compréhension d'une attitude, naturellement thérapeutique, vis-à-vis du malade mental: un premier point concerne l'étiologie. La maladie n'est jamais fortuite considérée comme accident naturel. La maladie est le résultat de mauvaises relations avec un ou plusieurs membres de groupe, de difficultés avec la règle qui régit la communauté (règle qui implique les ancêtres et contient tous les interdits). Ces situations de relation difficile avec les ancêtres, la loi ou les autres sont:

a) soit déplacées dans des relations ou des rencontres malheureuses avec les esprits qui vivent avec ou en marge de la communauté humaine, plus ou moins unis avec elle ou relativement indépendants;

b) soit projetées dans des fantasmes et des représentations collectives qui utilisent certaines catégories d'hommes (vivants, en chair et en os) socialement définis par leur rôle néfaste ou leur pouvoir magique.

Le malade, la société et les gens spécialisés dans la foction de diagnosticiens et de guérisseurs se rejoigment pour donner une forme et une explication à la maladie. L'autre point concerne la maladie mentale en tant que phénomène social. La maladie mentale est perturbation de l'ordre établi, modification des rapports entre les individus et les esprits. A ce titre, la maladie intéresse non seulement l'individu et sa famille, mais l'ensemble du groupe menacé dans sa cohésion par tout changement de rapport. Il faut rétablir l'ordre, restaurer les bons rapports, fixer individus et esprits dans leurs foctions respectives établis depuis tojours par la coutume. Le groupe prend en charge le malade, soit de façon collective, soit par la médiation de certains de ses membres spécialisés dans la découverte des causes et la thérapeutique.

Les techniques thérapeutiques traditionnelles comportent:

a) le médicament: essentiellement préparations végétales obte-

nues à partir de feuilles, de racines, d'écorces mélangées en des compositions très variées adaptées à chaque situation pathologique. La composition du médicament tient autant compte de vertus médicinales découvertes empiriquement que de rapports symboliques.

b) L'action sur le corps: ablations, massages ou manipulations plus complexes qui mesurent et restructurent.

c) le verbe parlé, psalmodié, rythmé, chanté ou écrit.

d) confessions publiques et rites sacrificiels complètent cette gamme.

L'Afrique a crée ses propres psychodrames et sociodrames.

Ces thérapeutiques sont certainement agissantes dans beaucoup de cas. Il y a aussi des échecs. Mais ces échecs sont réinterprétés: le malade n'est pas inguérissable; s'il ne peut pas guérir rapidement, c'est qu'il n'a pas recontré le guérisseur *spécifique* qui pouvait comprendre et traiter son cas. Il peut attendre perfois plusieurs années avant que la chance ou les moyens (le guérisseur coûte cher) ne viennent favoriser cette rencontre. Même après 10 ou 20 ans d'évolution, l'idée d'incurabilité n'existe pas". *

Les cultures africaines ont créé leur propre oubil psychoterapique. Vous l'aves deviné en écoutant las réflexions précédentes. En voici d'antres examples. Michel Leiris signale dans son livre "La Posession et ses aspects théatraux chez les Ethiopiens de Gondar" les cas de Nalkan Ay ya hu, thérapiste traditionnelle qui au cours de traitement est possédé par les esprits "Zar". Suivant les espèces cliniques et les besoins psychologiques de ses malades, elle se revêt de l'un de ses personnages mythiques qui dialogue avec le "Zar" du patient jusqu'à ce que guérison s'en suive.

Jung cite un bel exemple de psychodrame que j'extrais pour votre dilection de ses souvenirs de voyages publiés sous le titre de "Combat avec l'Ombre" dans la Revue de Paris Juillet-Août 1966: "Le jour suivant, grâce à l'amppui de D. C., nous avions rassemblé notre colonne de porteurs, complétée par une escorte militaire de trois Askaris, et c'est alors que commença notre expédition vers le Mont Elgon dont len parois et le cratère, haut de quatre mille cuatre cents mètres, furent bientôt visibles à l'horizon. La piste traversait une savane relativement sèche

* Collomb, R.: Revue de Psychopathologie Africaine - Volume Nº 1 - 1965.

parsemée d'acacias-parapluies. Toute la contrée était couverte de tumulus de deux à trois mètres de hauteur — anciennes colonies de termites.

Pour les voyageurs, il y avait le long de la piste des maisons de repos — huttes de briques cuites au soleil, rondes, couvertes d'herbes, ouvertes et vides. La nuit, pour se protéger des intrus, on plaçait à l'entrée une lanterne allumée. Notre cuisinier n'en avait pas; mais il avait sa petite hutte dont il était très content. Cependant elle faillit lui être fatale. En effect, le jour précédent, il avait abattu devant sa hutte une brebis que nous avions acquise pour cinq shillings; pour notre dîner, il avait préparé de succulentes côtelettes. Après le repas, alors que nous étions encore assis et fumions autour de notre feu, nous entendîmes dans le lointain, puis se rapprochant, d'étranges cris. Tantôt c'étaient comme des grognements d'ours, tantôt comme l'aboiement et le glapissement de chiens, tantôt des sons stridents comme des cris et des rires hystériques: nous étions entourés de tous côtés par un énorme troupeau d'hyènes affamées, qui avaient certainement flairé le sang de la brebis. Elles exécutaient un concert infernal et à la lueur du feu on voyait étinceler leurs yeux.

Soudain, derrière la maison de repos, retentit un effroyable cri humain. Nous prîmes aussitôt en mains nos armes (un fusil Mannlicher de neuf mm et un fusil de chasse) et nous tirâmes quelques coups dans la direction des yeux étincelants. A ce moment notre cuisinier, en prois à la plus folle des terreurs, se précipita au milieu de nous annonçant qu'une hyène était entrée dans sa hutte et l'avait presque tué. Tout le camp était en révolution. Cela effraya sans doute la troupe des hyènes au point de lui faire vider les lieux avec de bruyantes protestations. Le reste de la nuit se déroula dans un calme que rien ne troubla, non sans qu'au début retentissent d'interminables éclats de rire dans le quartier de nos boys.

Dès de lever du jour, salves et éclats de rire recommencèrent dans le quartier des boys. La raison en était qu'ils donnaient une représentation des évènements de la nuit. L'un jouait le cuisinier endormi, un autre la hyène qui s'avançait furtivement, s'approchant de l'homme endormi pour le dévorer. Pour le ravissement du public, ce dreme fut répété je ne sais combieu de fois".

Telle est la force énorme des liens interhumains en Haiti et dans le continent africain.

En envisageant l'avenir de la psychothrérapie en ces régions, il est indispensable d'en tenir compte. Je vous signale l'oeuvre d'un pionnier africain: Dr. Lambo qui a créée une communauté thérapeutique à Abeokuta, Nigeria où les malades sont soignés avec le concours de leurs parents et de leurs guérisseurs.

Depuis 1957, plus de trente pays africains ont acquis leur indépendance, d'un coup, les Africains se sont chargés de responsabilités administratives, politiques et techniques de divers ordres et ils aspirent à l'avancement rapide de leurs pays dans tous les domaines.

L'on comprend bien que l'assistance psychiatrique qui s'était amorcée à peine pendant l'époque coloniale se développe à un rythme extrêmement lent en ce moment vu que les dirigeants ont du accorder la priorité aux problèmes politiques et économiques.

La construction d'Hopitaux psychiatriques dans tous ces pays pose de nombreux problèmes d'architecture, d'équipement et d'organisation. Ecartons d'emblée l'érection de grands hopitaux comme il est arrivé en Europe et aux Etats-Unis. L'idéal serait peut-être, en partant de l'exemple d'Haiti, d'échelonner des unités de 50 lits environ dans certaines régions choisies à la suite d'enquêtes épidémiologiques.

Ony traiterait les cas aigus. Les malades chroniques seraient soignés dans les hopitaux centraux; les enfants dans des centres de psychiatrie infantile et les délinquants dans les institutions adéquates. Il ne faut jamais oubielr que de pareilles organisations ne sont viables qu'à la condition sine qua non qu'elles s'intègrent dans le contexte culturel.

La formation du personnel suscite bien des difficultés. A l'heure actuelle, à peine peut-on compter dans les pays africains une poignée de psychiatres pour des populations qui s'élèvent à plus de 200 millions de personnes. Je n'ai pu trouver les données statistiques qui me permettraient de vous parler chiffres, mais la pénurie de psychiatres, d'infirmiers et d'assistants sociaux est grave. Au Nigeria par exemple: deux psychiatres pour 40 millions de personnes. Il faut susciter l'intérêt autour de la question, l'élever aun niveau d'un problème international et ameuex l'opinion publique mondiale à s'y intéresser.

On s'intéresse souvent à savoir si les maladies mentales sont plus fréquentes en Afrique qu'en Europe par exemple. Il est impossible d'y répondre à l'heure actuelle: faute d'enquêtes épidémiologiques. On peut dire que certaines affections mentales y sont très fréquentes dans

certaines zones restreintes. Le rapport de l'O.M.S.: "Désordres mentaux et Santé mentale en Afrique au Sud du Sahara Bukavu, 1958.— Publication No. 35" signale la fréquence de la bouffée confusionnelle délirante. "S'agit-il d'une psychose organique ou fonctionnelle, colorée par des facteurs psychologiques déterminés par des conditions locales? On en est pas certain. Il a été suggéré que dans un certain nombre de cas, il pourrait s'agir d'états de confusion post-critique, d'agitation paroxystique du type de l'amok ou d'un syndrome maniaque, atypique". La malnutrition et la prévalence des maladies tropicales seraitent la cause d'un certain nombre de syndrome organiques toxiques. L'alcoolisme est fréquent dans toute l'aire de l'ancienne Afrique Occidentale Française et l'ancienne Afrique Orientale Anglaise, l'intoxication par le chanvre indien (le cannabisme) dans l'île Maurice, l'ancienne Afrique Orientale.

L'Afrique offre un champ d'étude exceptionnellement intéressant pour l'étude des facteurs sociaux et économiques dans les maladies mentales. Sous l'impact de la décolonisation, les tribus se désagrègent, des familles rurales émigrent vers les faubourgs des villes et les centres industriels, elles perdent la sécurité de leur existence antérieure et vivent dans des conditions difficiles; les coutumes sociales se désintègrent.

La sagesse tribale qui garantissait l'équilibre du *moi* tend à perdre son prestige et sa valeur: autant de facteurs de maladaptation psychologique et de maladies mentales. De là, l'importance de l'ethno-psychiatrie et de la psychothérapie dans ces communautés. En pareilles circonstances, psychiâtres et ethnologues doivent coopérer étroitement pour éviter de graves erreurs dans l'appréciation de la normalité et de l'aspect réel des névroses et des psychoses et pour tirer le plus grand parti des psychodrames et autres thérapeutiques locales. Il est même nécessaire que les psychiâtres reçoivent une bonne formation ethnologique pour leur permettre le plein excercice de leur fonction dans ces milieux. Il faut créer des chaires d'ethnologie et de psychiatrie générale dans les facultés de médecine africaines. De plus il faut souhaiter que les gouvernements et les institutions internationales intéressés organisent des recherches sur les maladies mentales en Asie, en Afrique et en Amérique.

L'Organisation Mondiale de la Santé en a exprimé l'urgente nécessit; dans le numéro d'Octobre 1964 de sa revue intitulée "Chronique de l'O.M.S." Je ne sais ce qu'elle a réalisé à cet égard de 1964 à 1966

mais je me permets de formuler devant cette auguste assemblée scientifique la proposition suivante par laquelle je terminerai ma communication. Le cancer et les maladies mentales comptent parmi les plus grands fléaux dans le monde entier.

La lutte contre le cancer est menée avec une vigueur soutenue. Des fonds considérables sont mis à la disposition des spécialistes qui travaillent dans des institutions magnifiquement outillées. Cinq gouvernements viennent de créer le Centre International de Recherches sur le Cancer dont le siège est à Lyon. Ils y consacrent une partie de leurs budgets nationaux. Splendide coopération internationale qui peut inspirer d'autres nations dans le domaine des maladies mentales.

Bientôt l'Homme abordera la Lune. Exploit fantastique qui préludera à des voyages encore plus lointains dans le lointain sidéral au prix de sacrifices d'argent et peut-être, de vies humaines. Nul ne saurait médire de tels efforts grandioses pour élargir nos connaissances, essaimer l'espèce humaine dans un monde infini cependant que la Terre se rétrécit comme peau de chagrin sous la poussée démographique incoercible. Nul ne peut empêcher le développement de l'astronautique, de la physique, de la chimie, de la médecine spatiale qui nous créent progressivement une mentalité nouvelle au point que des savants ont parlé de mutation humaine et appelé l'homme d'aujourd'hui le *pithécanthropus* de l'homme futur de l'âge cosmique.

On ne saurait comparer ce progrès inoui, fantastique avec le développment des sciences psychologiques et sociales. Dans ce domaine, il reste beaucoup à faire. La coopération internationale y est lente. Et c'est là le fameux paradoxe de l'Homme qui se prépare fiévreusement à coup de milliards de dollars à s'aventurer dans l'univers sidéral dont les bornes reculent au fur et à mesure qu'il avance et qui ignore presque entièrement son cosmos intérieur. Vous rappelez-vous le cri émouvant de l'éminent professeur López Ibor dans son livre "L'Aventure Humaine": "Los satélites estàn ya a punto. El hombre puede evadirse de este planeta, expatriarse en el inmenso espacio del silencio sideral, y dejar que diminutos aparatos electrónicos le sustituyan; lo que no podrá hacer es evadirse de si mismo".

Malgré tant de travaux en neuro-psychologie, neuro-cybernétique, en biologie cellulaire et psychopharmacologie, le cerveau, le Sphinx des temps modernes, garde jalousement une grande partie de ses secrets.

Ne faudrait-il pas avouer franchement que les plus grands obstacles

au progrès de ces disciplines demeurent: l'énorme dispersion des recherches qui se font dans certaines grandes institutions éparpillées à travers l'Europe et l'Amérique, le nombre très restreint de savants attelés à cette tâche herculéenne, le peu d'argent consacré à de pareils travaux en comparaison avec les budgets astronomiques de recherches spatiales.

Le moment est venu pour le plus grand bien de l'humanité de créer à l'exemple de Lyon, un Institut International de Recherches sur les Maladies Mentales pourvu d'anexes dans les cinq continents. Sous son toit, il grouperait un grand nombre de chercheurs intéressés aux mêmes problèmes de manière à éviter l'éparpillement des efforts.

Je ne saurais avoir la prétention de définir la tâche qui lui incomberait mais on peut prévoir déjà qu'il s'intéresserait à opérer une classification internationale des maladies mentales, organiser sur une base rationnelle l'étude des facteurs sociologiques et ethnologiques dans le développement de ces affections, pausser à fond les recherches dans le domaine prometteur de la psychopharmacologie et de la neurophysiologie; investiguer sur les psychothérapies extra-européennes tout en amplifiant les traveux sur les psychothérapies occidentales, promouveir la psychiatrie préventive, l'assistance aux enfants et aux vieillards et pourvoir à l'entrainement des chercheurs.

L'originalité de l'Institut International de Recherches sur les Maladies Mentales se préciserait dans la qualité des recherches fondamentales qu'elle entreprendrait et dans le fait nouvean qu'elle penserait et oeuvrerait à l'échelle planétaire au bénéfice de l'humanité entière sans distinction de race, de couleur ou de religion.

En résumé, j'ai voulu introduire la cause des pays en voie de developpement devant le 2è. Congrès International de Psychodrame. A cette fin, j'ai du à mon regret me contenter d'examiner le sort des malades mentaux et d'étudier l'avenir de la psychiatrie en Haiti et en Afrique. Je n'ai pu parler ni de l'Amérique Latine, ni de l'Asie, faute de documentation adéquate sur ces régions.

Je reviendrai là-dessus, si je la reçois un jour. Malgré le caractère schématique de ma démonstration, je me plais à croire que j'ai posé le problème de l'assistance psychiatrique dans ces pays en termes suffisamment clairs pour que vous y accordiez votre intérêt.

J'en appelle aux gouvernements et aux hommes de bonne volonté pour batir l'Institut International de Recherches sur les Maladies Mentales dans une ville qu'une commission d'experts aura désignée; donner ainsi

la preuve tangible de la solidarité internationale dans un domaine où l'apport financier des états du "Tiers-Monde" s'avèrera longtemps quasi-impossible.

Au surplus, je demande au 2è. Congrès International de Psychodrame, au 4ème. Congrès Mondial de Psychiatrie, à l'Association Mondiale de Psychiatrie, à la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale, à l'Organisation Mondiale de la Santé de considérer deux autres problèmes: *le 1er.*: il faut organiser des missions psychiatriques dans les pays extra-européens, aller aux psychiatres isolés en Afrique, en Asie et dans l'Amérique latine; ceux-là qui pratiquent seuls parfois dans la gêne et l'indifférence parmi des milliers de gens; créer en leur faveur des bourses spéciales d'étude; des bourses de participation aux congrès internationaux, les aider à recueillir et publier des observations inappréciables sur les populations extra-européennes. Il y a là une mine de faits psychologiques inconnus ou méconnus del'Occident qui se perdront un jour à la suite de l'uniformisation de l'univers à quoi conduiront le Tellstar, l'avion supersonique et le transistor. *Le 2ème*: mobiliser les masses en faveur des malades mentaux. Nous sommes à l'ère des masses. Nous devons briser notre isolement professionnel et user des moyens modernes d'informations collectives de manière que les masses puissent être pénétrées des réels besoins de nos institutions techniques et de l'importance des affections mentales dans le monde; rivaliser avec la Croix Rouge Internationale dans l'emploi des techniques de propagande et d'éducation dans la mobilisation de toutes les forces viriles de nos pays; amorcer, grace à la propagande auprès de masses mondiales c'est-à-dire de millierds d'hommes, la troisième révolution dont parle Moreno e nassímiliant la lutte contre les maladies mentales à la lutte planétaire contre les maladiesphysiques, l'esclavage, la faim, les taudis, l'analphabétisme; la lutte planétaire pour la pleine et totale récupération de la dignité humaine.

# EL OBSERVADOR: UN PARTICIPANTE SILENCIOSO*

RUBÉN RÍOS CARRASCO **

## INTRODUCCION

El creciente florecimiento de la Psicoterapia de Grupo, tanto por su empleo sistemático en determinados y seleccionados grupos de pacientes como por la aplicación de sus procedimientos con fines no propiamente terapéuticos sino más bien formativos, docentes, investigatorios u otros, como en el caso específico de los Grupos de Trabajo; han condicionado la aparición de una profusa literatura acerca de los más diversos aspectos de la dinámica microsocial, tomando como participantes interactuantes al líder formal y a los miembros del grupo, en las múltiples facetas del darse en éste. Sin embargo, y pese a esta profusión, casi siempre se ha marginado, por su rol aparentemente secundario e intrascendente la figura del observador, en este plano tomado como silencioso registrador de acontecimientos sin directa ingerencia en el desarrollo de las reuniones y cuasi deshumanizado secretario sin opinión ni vivencias, que "debe mantener una actitud imperturbable absteniéndose de hablar y en lo posible, exteriorizar sus sentimientos limitándose a tomar notas de lo que ocurre" (1). Mas, nuestro cuotidiano quehacer, ora como líder, ora como observador, las semanales discusiones de los protocolos y el contacto directo con otros líderes y observadores, así como los miembros de nuestros y otros grupos, con el consiguiente intercambio de opiniones, nos han hecho meditar reiteradamente acerca de las implicaciones del rol del observador en la

---

* Trabajo presentado en el Tercer Congreso Latino Americano de Psiquatría de Lima en Octubre de 1964.

** Profesor del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

dinámica del grupo y de las repercuciones emocionales que éste suscita en aquel.

Por ello hemos elegido el estudio del tema, cuyo título encierra nuestra tesis y en el que tratamos de presentar algunas de las diferentes modalidades de esta interrelación, ejemplo extraordinario de riqueza y colorido.

Sería ocioso a nuestro entender y excede los modestos límites de este trabajo, hacer un recuento de los aportes con que los diversos investigadores han contribuído en el desarrollo de la psicoterapia de grupo, pero no podemos dejar de mencionar a Segismund Freud cuya genial intuición permitió explorar los mecanismos del comportamiento humano y a Joseph Pratt por haber iniciado en 1905 la utilización sistemática y deliberada de las repercusiones emocionales colectivas con fines eminentemente terapéuticos (2). Desde entonces los avances se han sucedido sin interrupción y en algún momento que no hemos podido establecer claramente, la necesidad de obtener un registro fidedigno de los acontecimientos grupales hizo que surgiera el observador como integrante necesario y distintivo de la psicoterapia de grupo (3) que, al lado de la activa figura del líder, aparece como un testigo silencioso al que se recomienda mantenerse imperturbablemente alejado del comercio emocional y que atentamente registre lo más fielmente posible cuanto se dice o hace en el grupo, es decir que a más de amordazarle se le confiere una responsabilidad agobiante que debe patentizar en la conferencia que subsecuentemente a la sesión debe mantener con el líder. Se ha dado por distinguir diversos tipos de observadores: a) el observador estudiante al que de este modo se le ofrece una excepcional oportunidad de aprendizaje, b) el observador experimentado que supervisa la labor del terapeuta principiante, c) el obobservador que está en pie de igualdad con el terapeuta y d) el observador circunstancial que por diferentes motivos llega al grupo en forma transitoria y cuya interferencia en la evolución o integración del grupo lo han hecho poco recomendable (3). La responsabilidad que aludimos líneas arriba es que no sólo debe mantener una aguzada captación de lo que se dice sino también de la inconmensurable y compleja urdimbre de matices que constituye la expresividad humana no verbal, en la que se dan una serie de elementos vivenciales cuya sutil vibración es imposible de simbolizar y no pocas veces es inasible; aquí abordamos la mayor dificultad técnica de su función: la de regis-

trar todos los hechos que se dan en la situación grupal, única y multifacética, problema para nosotros insoluble, inclusive en el caso de utilizar los artificios mecánicos más adelantados de nuestra época y más aún cuando interviene la subjetividad de una persona humana.

Clarificadas así, algunas características y funciones de este personaje oscuro y marginado, queremos expresar la total adhesión que este trabajo significa a la cabal sentencia de Bion: "No existe ninguna posibilidad de que el individuo no haga nada en el grupo, ni siquiera cuando no hace nada" (4).

## MATERIAL

Para la elaboración del presente trabajo se ha empleado el material recolectado por el Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; el que en pos de la maduración emocional del estudiante de medicina, la superación de sus dificultades en la relación interpersonal y otras mas bien de carácter intrapersonal (2) ha implantado desde 1962 los llamados Grupos de Trabajo; en los que se reunen, una hora por semana y durante el año docente, alrededor de diez estudiantes designados por orden alfabética, entre los que se procura estén representados miembros de ambos sexos y que tanto la hora, el día como el lugar se mantengan invariables; un Profesor, que cuenta con la suficiente preparación y experiencia en el manejo de grupos psicoterapéuticos y que no tiene contacto docente directo con estos alumnos, ya sea en las prácticas o seminarios del curso regular, funge de líder formal; haciendo de observador un Profesor en condiciones similares, en proceso de aprendizaje, o Residentes de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, Psicólogos Clínicos, Asistentas Sociales o Enfermeras Especializadas en Psiquiatría, como parte de su programa de entrenamiento.

Para tener una idea aproximada de la vastedad de este material debemos anotar que suman 96 grupos, actualmente repartidos en los tres primeros años los que han tenido un promedio de 30 sesiones registrados. En éstas los miembros del grupo incluyendo el líder forman un círculo excepto el observador que se mantiene fuera de él, en un lugar desde el cual le es posible advertir cuanto ocurre en el grupo sin intervenir en las discusiones; apreciándose que mientras los miembros

cuentan con la más amplia libertad para hacerlo sin ninguna limitación de duración, frecuencia o temas; el líder tiene la expresa recomendación de intervenir sólo cuando el grupo se encuentra en peligro de disolución ya sea por el excesivo nivel de angustia o la disminución de esta a tal punto de inmovilizarlo o cuando juzga que su interpretación sea oportuna, necesaria y provechosa para el grupo en su totalidad (2).

## METODOS

Dada la naturaleza de nuestra investigación, más bien de orden cualitativo que cuantitativo y por nuestras convicciones personales, hemos dejado de lado, expresamente, los métodos estadísticos, muy del afecto de algunos colegas empeñados en reducir a una secuencia de cifras, curvas porcentuales, variables, aproximaciones, etc. la complejidad de la dimensión humana, y más bien hemos utilizado los métodos que acontinuación describimos:

a) Nuestra experiencia personal obtenida en la participación en calidad de líder en cuatro y de observador en diez de estos grupos; magnificada por el constante autoanálisis de nuestras propias vivencias en el grupo y las discusiones que mantuvimos con los líderes o los observadores, según el caso, acerca del clima emocional, los temas tratados, la participación de cada miembro, los mecanismos subyacentes, el contenido de las interpretaciones, la oportunidad y el acierto del fraseo y la tonalidad de las relaciones interpersonales.

b) Las amplias discusiones semanales que, siguiendo las directivas del Departamento se acostumbra hacer con la participación de todo el plantel encargado de los Grupos de Trabajo

c) Las entrevistas confidenciales llevadas a cabo a lo largo de estos tres años con líderes, observadores y alumnos, en los que se han obtenido datos de primera mano cuya espontaneidad y riqueza emocional son invalorables.

d) Finalmente la revisión y el estudio de los protocolos de cuatro grupos en su secuencia y continuidad temporal, nos han permitido apreciar más claramente determinadas actitudes y sucesos que vistos en esta perspectiva son más nítidos.

## RESULTADOS Y DISCUSION

En este acápite vamos a presentar algunos claros ejemplos de las modalidades de interrelación que se han dado tanto en el plano de comunicación líder-observador como en el de grupo-observador; no es nuestra intención realizar un estudio en profundidad de lo que estas modalidades significan, ni tampoco buscar un ordenamiento clasificatorio de las mismas, sino simplemente presentarlas como hechos que justifican nuestra tesis, según la cual el observador es un activo participante del grupo que a menudo utiliza otros canales más sinceros y sutiles que el lenguaje verbal, como son la comunicación empática, la intuitiva, la gestual u otras que aún no han sido adecuadamente precisadas pero que en el comercio de la interrelación humana son el pan cuotidiano más auténtico; por otra parte estos hechos confirman nuestra suposición de que la integración grupal y el sentimiento del "nosotros" incluye la figura del observador, así el líder lo alude como "mi" observador y los miembros del grupo como "nuestro" observador y reciprocamente él se refiere a ellos como "nuestro" líder o "nuestro" grupo, y es más, las actitudes emocionales que tomen cada uno de estos elementos vivos del grupo frente a los otros repercutirá en un sentido u otro en la marcha del grupo como totalidad.

## ANSIEDAD Y ESPECTACION

La situación nueva planteada por la formación del grupo pese a la información teórica previa, hecha en forma rutinaria, crea un ambiente de ansiedad y espectación tanto en los miembros del grupo como en el líder y el observador, la que trata de ser resuelta fijando los límites de cada quien y precisando los marcos de referencia; muchas veces es en esta circunstancia que el observador sirve de pantalla en la que se proyectan estas vivencias pues su rol desconocido y oscuro facilita la cristalización de la espectación actual del grupo, como podemos apreciar en un grupo del 1º año de 1963:

J. M.: "Bueno, quisiéramos saber algo de este señor... (se refiere al observador).

L. G.: "Por qué estará aquí?, nos dijeron que nos íbamos a reunir con un líder solamente" (olvido encubridor).

J. M.: "Está tomando notas, qué cosa harán con esto?".

En otras oportunidades es el grupo que suscita intensas ansiedades en el observador, así en uno en que los miembros lo examinaban con manifiesta hostilidad y menosprecio se comportaba con inusual intranquilidad, sentía mareos, bochornos y sudoración, más adelante empezó a llegar tarde hasta que pidió su cambio por un motivo fútil; otro observador decía no poder apreciar el clima emocional ni las reacciones de los componentes del grupo, pues estaba muy atareado en registrar todo lo que se decía y en efecto sus protocolos eran sumamente extensos, pese a que se le había pedido reiteradamente que más importante era el contexto emocional, el líder de su grupo nos refirió que en cuanto sobrevenía algún silencio, arreglaba sus papeles, se sonaba los dedos, miraba su reloj, cambiaba de posición, se frotaba el cuerpo, etc. en forma muy rápida y repetida de tal modo que no mirase al grupo.

## TEMORES PARANOIDES

Un paso más en este mismo sentido, lo vemos en los frecuentes temores esquizo-paranoides que muchas veces se orientan hacia la figura del observador, dándose desde preguntas directas como "Para qué está el observador?", "Para qué sirven los protocolos?" hasta alusiones irónicas e indirectas usadas a menudo para referirse a él en son de broma: "el espía", "el hablador", "el escribano" "el mirón", etc. Caracteres mucho más nítidos podemos apreciar cuando un miembro de un grupo de 1o. año de 1962 dice: "En realidad aquí estamos de conejillos de indias, no sabemos por qué ni para qué, lo único que sabemos es que el señor anota todo lo que hacemos y decimos y está estudiando todos nuestros rasgos, al final sabremos si somos o no. Posiblemente nos digan usted es así o asá, debe ir donde un psiquiatra..." (lo cual provocó grandes risas y burlas que evidenciaron la enorme descarga de ansiedad que esta situación implica).

## BUSQUEDA DE APOYO

En numerosas oportunidades el grupo, ya sea en su totalidad o en parte, se vuelca hacia el observador en busca de su apoyo y aprobación, particularmente cuando el líder por su función interpretativa no les brindaba ello o era un poco rígido y autoritario, un ejemplo pecu-

liarmente típico lo tenemos en un grupo de primer año de 1964 en el cual la observadora es una psicóloga y los miembros ocho muchachos y dos chicas, una de ellas que es pequeña y poco atractiva tiene serios problemas del tipo edípico y es muy inquieta, rígida, insegura y susceptible, luego de haber hostilizado violentamente a los miembros masculinos del grupo, faltó a la sesión siguiente en que estos empezaron a discutir acerca de las diferencias entre los profesionales masculinos y los femeninos, luego con creciente y visible animosidad acerca de los factores por los que estudian estas últimas, algunas opiniones fueron: "para conseguir enamorados en la Universidad", "por tener algo que hacer", "para hacerse importantes ante su familia o sus amigas", etc., hasta aquí la muchacha que había asistido se mantenía inalterable, pero cuando los varones arreciaron la crítica: "Ellas están bien para cuidar a los hijos y barrer la casa", "no tienen condiciones y vienen a perder el tiempo", " producen gastos innecesarios al Estado", etc., dio evidentes muestras de estar mortificada y ansiosa, miró al líder de soslayo reiteradamente esperando su intervención, más como esta no se producía interrumpió el festín en forma tímida: "pero... también hay mujeres que son buenas profesionales..." insinuó; se volvió hacia la observadora que casi estaba a sus espaldas y le dijo: "No es así...?" al captar el apoyo actitudinal de ésta se sintió respaldada y se enfrentó valerosamente a los muchachos haciéndoles notar que opinaban así porque eran egoistas, anhelaban conservar la hegemonía del hombre y que tal vez actuaban así por resentimientos personales; en este ejemplo es evidente la solidaridad de la observadora que requerida en su condición de mujer y de profesional le brindó su aprobación tácita. En otra oportunidad mientras aguardaban la llegada del líder, algunos miembros de un grupo del 1o. año de 1964, los que justamente se habían sentido más ofendidos en la reunión anterior en que se criticó ciertas costumbres de algunos jóvenes y de la necesidad de guardar las apariencias masculinas, se acercaron al observador buscando su apoyo mesíanico en la posibilidad de eludir un nuevo enfrentamiento, con la siguiente pregunta: "es verdad que se va suspender el grupo?".

## BUSQUEDA DE INTEGRACION

En numerosas oportunidades hemos advertido la necesidad de integración grupal unas veces surgida por la iniciativa de los miembros

del grupo, del observador o del líder; en tratándose del primer caso casi en todos los grupos se ha formulado una reiterada invitación a darse y a participar en las vivencias comunitarias, que a veces llegaban a constituir exigencias perentorias que trataban de borrar esta barrera de silencio que se le había impuesto; recordamos un grupo de 1o. año de 1964, en que en las primeras reuniones se acordó que cada miembro relatase una pequeña autobiografía a manera de presentación, con el fin conciente de conocerse mejor; finalizada la rueda con la presentación del líder, todas las miradas convergieron en el observador y un alumno verbalizó: "ahora sólo falta que el señor que apunta nos cuente algo de él", luego de un largo silencio, otro miembro le reprochó: "todos hemos dicho lo que somos, Ud. también debe hacerlo", luego de una pausa, ya evidentemente frustrado y molesto agregó: "así no vale" y se sumió en un silencio hosco. Cuando el observador falta por algún motivo, en casi todos nuestros grupos se verbaliza este sentimiento de incompletud y preocupación, pero sin duda alguna son mucho más abundantes y frecuentes los episodios en que el tono de voz, el gesto o la mirada tienden un puente cuya riqueza de significados escapa toda posibilidad de registro.

En el otro sentido de la corriente, es decir cuando la necesidad de integración es más fuerte en el observador y éste toma la iniciativa, lo cual se presenta en una cuantificación equiparable; queremos solamente presentar las confidencias de un colega particularmente expansivo, de gran empatía y espontaneidad, quien fuese observador de varios grupos y decía: "Muchas veces me es muy difícil contenerme y permanecer callado, escribiendo, hago esfuerzos por no hacerlo, pero a veces dejo de anotar y me encuentro haciendo gestos", interesados por ello conversamos con algunos miembros de los grupos en que él actuaba, ellos sin excepción hicieron gala de un acercamiento emocional hacia él; así referían con simpatía y cariño que era el primero en festejar las ocurrencias, los chistes y las bromas que se daban en las reuniones y que cada intervención suscitaba su aprovación o desacuerdo manifestado por un movimiento de la cabeza o un gesto; en fin, nunca permanecía indiferente y su rostro era el altavoz no sólo de sus emociones sino del correlato emocional del grupo, lo cual establecía un alto nivel de interrelación con los demás miembros, siendo inclusive muchas veces su silenciosa intervención decisiva en la evolucón de las reuniones, pues bastaba verle el seño fruncido para que el grupo su-

piese que caminaba por un terreno peligroso; o su franca sonrisa para continuar en él, no sólo por la seguridad que confería sino por las corrientes gratificatorias que había tendido.

En otro grupo eran conocidas las aficiones y actividades políticas del observador, en una oportunidad en que el líder no pudo asistir por enfermedad, el grupo lo invitó a intervenir en forma subliminal discutiendo estos temas de su preferencia y que nunca antes habían tocado, él pudo mantenerse por un tiempo al margen del asunto, pero la creciente presión del grupo lo obligó a intervenir, dando de este modo inicio a una singular comunicación, desde que las reglas son muy claras y estrictas sobre el particular: "el observador en ausencia del líder debe mantenerse como tal sin intervenir en las ocurrencias del grupo ni pretender substituir la figura del líder".

## SENTIMIENTOS DE CULPA

Muchas veces el grupo hace consciente la agresión que justificadamente proyecta hacia el observador, y si cualquier suceso fortuitamente refuerza sus fantasías de destrucción, origina fuertes sentimientos de culpa; así en un grupo de segundo año de 1963 en que en una reunión anterior habrían expresado sus temores paranoides y establecido que la presencia de una persona que los estudiaba y anotaba sus reacciones era la responsable de las dificultades de integración; el hecho casual de que faltase el observador permitió notar este fenómeno muy claramente. El grupo se sumió en un largo y apesadumbrado silencio, uno de los miembros más agresivos luego de dirigir fortuitas miradas a sus compañeros les acusó: "no decían que no podían hablar porque estaba aquí el observador?, hablen pues ahora que no está", en un tono hostil y recriminatorio; después de un corto silencio alguien preguntó tímidamente: "qué le habrá pasado?", lo cual hundió más al grupo en el que primaba un clima de aflicción y auto-reproche, contestándose así mismo: "tal vez esté enfermo".

## DESCARGA DE AGRESIVIDAD

Otras veces el grupo manifiesta sus frustraciones o sus sentimientos de inutilidad proyectando su resentimiento y su protesta en forma agresiva hacia la figura del observador, así en una sesión en que se había negado toda utilidad de los grupos de trabajo, un miembro con evidente

fastidio aseveró: "hay que ser idiota para pasarse todo el día escribiendo... las tonterías que decimos".

En este punto debemos referirnos a una experiencia sumamente interesante. Como quiera que notásemos que un Jefe de Prácticas calificaba con notas constantemente bajas a un grupo de alumnos del tercer año, tratamos de indagar el por qué de ello, supimos así que dos años antes había sido observador de un grupo formado en su mayor parte por sus actuales alumnos; él nos refirió que ingresó al grupo con grandes ilusiones asentadas en sus lecturas acerca de la dinámica y el funcionamiento del grupo psicoterapéutico, mas este grupo no se llegó a integrar como él se había imaginado, las sesiones eran más bien tediosas, monótonas y no rara vez exasperantes, sus miembros presentaban grandes resistencias y su hostilidad era captada por él, que era muy sensible e inseguro; por otra parte también lo había desilusionado la figura del líder pues ésta era rígida, aparentemente insensible y acentuadamente dominante, él había fantaseado con la figura de un psicoterapeuta amable, comprensivo y amplio; las frustraciones referidas se acentuaron cuando el líder por sus recargadas ocupaciones suprimió el comentario que usualmente se lleva a cabo después de toda reunión, quitándole consiguientemente toda posibilidad de hacer catarsis y descargar todas las emociones almacenadas.

## INTENTO DE ACERCAMIENTO SEXUAL

Es evidente que siendo los miembros del grupo adultos jóvenes o adolescentes uno de sus principales núcleos conflictivos es el sexual, en los grupos hemos visto de qué modos se valen para poder discutir sus propios problemas, lo cual será materia de otra comunicación, interésanos por ahora sólo el enamoramiento o el deseo de cautivar al observador del sexo opuesto, esto lo apreciamos en el episodio siguiente: el autor fungía de líder y tenía como observadora una psicóloga bastante atractiva, el grupo que era uno de primer año de 1964, empezó a discutir acerca del amor, cómo es que existía determinados elementos de atracción femeninos y cómo los hombres caían presa de ellos, luego pasaron al tema de cómo algunas situaciones laborales o profesionales, que determinan cierta vinculación entre miembros de ambos sexos, pueden favorecer ciertas aproximaciones eróticas. Los gestos, la picardía de la mirada y el tono sugerente de la voz nos hicieron

notar que estaban fantaseando acerca de un apareamiento entre el líder formal y la observadora, en el sentido del supuesto básico de Bion (4) poco tiempo después los varones más audaces afirmaron que en nuestro medio eran frecuentes los matrimonios infelices, esto motivó cierta intranquilidad y desasosiego, en seguida alguien comentó: "de que el hombre que no encontraba la felicidad en su hogar era el que buscaba otras mujeres y que claro cualquiera podría equivocarse"; otro dijo "que el hombre era polígamo por excelencia, pero sin embargo, las mujeres eran las que más engañaban a sus esposos"; esto más bien con ánimo festivo y un brillo de esperanza en la mirada, lo cual ratificó nuestra apreciación y nos permitió percibir que los miembros del grupo estaban tratando de ser aceptados por la observadora pese al compromiso que en su fantasía le habían conferido; momentos después este acierto fue clarificado cuando el grupo liberó de culpa a las esposas que engañaban a sus maridos, porque muchas veces no eran comprendidas y las normas sociales imperantes las obligaban a permanecer en esa situación poco grata.

Otro tipo de acercamiento afectivo de claro contenido erótico se notó en el siguiente caso:

C. G. "¿Tu crees que será médico?" (una muchacha dirigiéndose a otra).

V. D. "A mi me han dicho que los observadores son psicólogos".

C. G. " En realidad parece muy joven para ser psiquiatra, tal vez sea un estudiante".

M. N. "¿Sabrá hablar?" (interviene súbitamente con sorna).

## CELOS Y RIVALIDAD

Estos por lo común se dan el plano de la relación líder-observador que en los capítulos anteriores no habíamos tocado; muchas veces el líder se precia de su posición, dominante y, de todos modos, central en el grupo y hace gala de sus poderes mientras que el observador se siente por ello inferiorizado, sin voz, desplazado a la penunbra sin poder darse plenamente en el grupo, manifestando su resentimiento a través de una serie de actos hostiles y de intentos de suplantar al líder. Un

observador en la lectura de los protocolos, festejaba ruidosamente los chistes e ironías con que el grupo agredía al líder y las críticas que los colegas le formulaban; esta animosidad fue creciendo a tal punto que semanas más tarde ya distorsionaba las intervenciones del líder buscando sin duda alguna las críticas que él no podía hacer. El deseo de suplantarlo se apreció nítidamente en los grupos del primer año de 1964, en algunos de los cuales se acordó que el observador, al cabo de la sesión relatase los temas tratados, lo cual era seguido por una interpretación final o un comentario del líder, pues bien en la mayoría de estos particularmente cuando los observadores eran psicólogos, estos no se detenían en lo estrictamente establecido, sino más bien deslizaban interpretaciones y comentarios de su propia cosecha, que sin duda alguna significaban el deseo de ser ellos también líderes.

Esta mezcla de rivalidad y celos, crea consiguientemente una serie de repercusiones en la dinámica del grupo, desde que éste tiene una percepción fina y capta prontamente cualquier acontecimiento, en algunos casos los miembros trataron de suscitar un enfrentamiento entre el líder y el observador, como cuando un miembro de un grupo de segundo año de 1963 dijo refiriéndose al observador: "parece buena gente, qué tal será dirigiendo?" y otro alumno en este mismo grupo dijo: "quién será el que manda en el grupo?, el doctor que habla, o el que no habla?".

## CONCLUSIONES

1.— El Observador pese a su aparente neutralidad y a su no intervención verbal, no puede sustraerse a la situación grupal y al interjuego de emociones y vivencias que en ella se dan, asumiendo, por ende, el rol de un activo pero silencioso participante.

2.— Los canales de comunicación que permiten la fluída interrelación entre el observador, el líder y los miembros del grupo adoptan muy diversas modalidades que es menester estudiar en forma diferencial y sistemática.

3.— El libre intercambio de opiniones entre el líder y el observador al final de las sesiones propicia una catarsis inmediata que libera una serie de emociones reprimidas que pueden posteriormente originar situaciones desagradables y peligrosas. Así mismo, el análisis de los

acontecimientos, particularmente de los roles transferenciales, contribuye no sólo a la maduración tanto del líder como del observador, sino tiene decisiva influencia en la evolución subsecuente del grupo.

## RESUMEN

Partiendo de la experiencia personal, los seminarios de discusión, las informaciones confidenciales y el estudio de los protocolos de las sesiones de 96 Grupos de Trabajo en diferente nivel de evolución, se presenta un estudio acerca de las actitudes del observador frente al líder y los otros miembros del grupo. Se destacan algunos tipos característicos de interrelación, los canales no verbales de comunicación utilizados y su decisiva influencia en la evolución del grupo, lo cual corrobora la hipótesis de que el observador asume el rol de un activo pero silencioso participante.

## SUMMARY

Going upon the personal experience, the discussion seminars, the confidential reports, and the study of the sesions processes of 96 Work Groups in different level of evolution, an study about the observer's attitudes before the lider and the other members of the group, was presented.

Some characteristic points of interrelation, the not verbal means of comunication used, and its decisive influence in the evolution of the group, which corrobores the hypothesis that the observer assumes the rol of an active but silent participant, were brought into relief.

## *BIBLIOGRAFIA*

1. **RODRIGUE, BEATRIZ DE:** El observador en un grupo terapéutico, en el Grupo Terapéutico en la Terapéutica, Enseñanza e Investigación. Edit. Nova, Buenos Aires 1959. — 2. SEGUIN, CARLOS ALBERTO: Groups in Medical Education. Trabajo presentado en el III Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo, Milán, 1963. — 3. GRINBERG, LEON; LANGER, nos Aires, 1961. — 4. BION, W. R.: Experiencias en Grupos. Edit. Paidos, MARIE y RODRIGUEZ, EMILIO: Psicoterapia de Grupo. Edit. Paidos, Bue- Buenos Aires, 1963.

# NEUROPATIA PERIFERICA EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

RODOLFO LANDA * y JORGE SÁNCHEZ CABREJO **

Se presentan dos casos de polineuropatía provocada por el uso de una droga con efecto oncolítico.

El Sulfato de Vincristina u Oncovia, (18) (13) es uno de los alcaloides obtenidos de la Litorina Vinca Rosa o Vinca Rosea Linn. Fue originalmente conocido como Leurocristina y ha sido referido como LCR y VCR. De la Litorina Vinca Rosa se han obtenido hasta 30 alcaloides, cuatro de los cuales (Vinleurosina, Vinrosidina, Vinblastina y Vincristina), tienen acción antitumoral, (13).

La fórmula química del Sulfato de Vincristina es:

$C_{46}CH_{54}N_4O_{10} . H_2SO_4$

El estudio anticanceroso de la Vincristina se inicia en 1961 por los Laboratorios Lilly (18) y otros centros de investigación. La droga se ha empleado en todas las formas y estadíos del Cáncer, tanto inicial como avanzado y en las metástasis. (2) (5) (6) (8) (9) (11) (15) (17).

La administración de la droga se recomienda sea por vía intravenosa a la dosis de 0.05 a 0.075 mlg. por kilo de peso corporal y debe ser aplicada una vez por semana.

Existe extensa literatura sobre los efectos tóxicos de la Vincristina, toxicidad que se expresa dando alteraciones de orden general como neurológico. La neurotoxicidad es la que se considera más frecuente de las acciones colaterales, tanto del Sistema Nervioso Central como

---

* Profesor Asociado de la Asignatura de Neurología de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

** Del Departamento de Neurología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

CUADRO Nº 1

**Efectos colaterales del sulfato de Vincristina (Oncovin) durante el tratamiento de 104 niños portadores de leucemia aguda**

| Manifestaciones de Toxicidad | Incidencia Nº Pacientes | % | Número de centros que han reportado dichos Efec. Colt. |
|---|---|---|---|
| Ninguno | 30 | 28.8 | 5 |
| Alopecía | 45 | 43.3 | 6 |
| Constipación | 33 | 31.7 | 5 |
| Arreflexia Osteotendinosa | 25 | 24.1 | 5 |
| Cólico abdominal | 20 | 19.2 | 3 |
| Dolor Neurítico | 19 | 18.3 | 5 |
| Leucopenia | 14 | 13.5 | 3 |
| Ataxia, pie caído, marcha imposibilitada y atrofia muscular | 14 | 13.5 | 6 |
| Pérdida de peso | 12 | 11.5 | 2 |
| Fiebre | 11 | 10.6 | 2 |
| Compromiso de Nervios craneales | 10 | 9.6 | 2 |
| Parestesias en la punta de los dedos de manos y pies | 7 | 6.7 | 5 |
| Poliuria | 6 | 5.8 | 1 |
| Disuria | 5 | 4.8 | 1 |
| Ulceración oral | 5 | 4.8 | 2 |
| Cefalea | 5 | 4.8 | 2 |
| Vómitos | 4 | 3.8 | 1 |
| Diarrea | 3 | 2.9 | 2 |
| Náuseas | 2 | 1.9 | 1 |
| Anorexia | 1 | 1.0 | 1 |
| Atonía vesical | 1 | 1.0 | 1 |
| Rush máculopapular | 1 | 1.0 | 1 |
| Urticaria | 1 | 1.0 | 1 |
| Ronquera | 1 | 1.0 | 1 |
| Irritabilidad | 1 | 1.0 | 1 |
| Depresión | 1 | 1.0 | 1 |
| Coma | 1 | 1.0 | 1 |

The Lilly Research Laboratories. 1963.

Periférico; siendo este último el más frecuentemente alterado. El grado de compromiso del sistema nervioso que suele observarse es variable y ha sido considerado como de grado leve, mediano o muy severo, (5).

El cuadro número 1 tomado de las notas informativas de los Laboratorios Lilly, (18) nos permite apreciar los efectos colaterales que en general se han descrito con el uso de la Vincristina, en el curso del tratamiento en niños portadores de Leucemia Aguda.

Se destacan como se ve, en el cuadro Nº 1, las alteraciones del Sistema Nervioso Periférico. El compromiso global del sistema nervioso también ha sido descrito y el 1%, ha presentado estado de coma, (13).

Ha sido señalado por Whitelaw (19), Carbone (4) y Bohannon (2) que si las manifestaciones de toxicidad neurológica se hacen severas se impone la suspensión de la droga; pero si la complicación que se presenta no es seria, no consideran necesario interrumpir su administración. Evans (8) ha señalado al tratar niños con Leucemia Aguda que si el efecto neurotóxico es controlable y que si no hay peligro de llegar a la incapacitación, el tratamiento debe ser continuado.

Algunos autores como Gubish (10), han señalado que la suspensión de la drogra determina la remisión parcial de los síntomas neurológicos seis semanas después. Se ha indicado también que los síntomas sensitivos remiten mejor que los motores, los que aparentemente son permanentes; sin embargo Nittelman (14) indica que si la toxicidad es severa la recuperación es difícil, así se haya suspendido la administración de la Vincristina; pero si esta intoxicación no es suficientemente severa los síntomas pueden remitir a los 60 días de haber suspendido el tratamiento como lo señala, entre otros, Withelaw (19).

Frente a estos hechos es interesante reconocer la observación de que mientras el efecto antitumoral de la Vincristina es bueno, las complicaciones neurológicas se hacen más severas; de aquí que el criterio clínico que juzgue de la severidad del trastorno neurológico es de primera importancia

Los estudios anátomo-patológicos no son definitivos. Los trabajos experimentales de Costa (6) practicados en perros han demostrado que se produce paraplejia, parálisis ascendente y hasta coma cuando la droga se administra por vía intratecal con lesiones de naturaleza no informada; pero que se cree sean debidos a la facilidad de la droga para atravesar la barrera hemato-encefálica. Se ha descrito por Bohan-

non (2) la presencia de una miositis degenerativa al estudio biópsico del músculo.

La forma de comienzo de los síntomas es variable, puede ser unas veces brusco y otras lento y progresivo. El intervalo que hay entre el comienzo de la terapia con Vincristina y la aparición de los síntomas neurológicos está entre las 3 y 5 primeras semanas, Mittelman (14), Reitemeier (15) y Whitelaw (19).

Gubish (10) describe que los síntomas aparecen a la tercera semana y afirma que si el tratamiento continua éstos pueden aumentar hasta llegar a la incapacidad. Por otro lado Carbone (4) señala que un paciente presentó dolores musculares y articulares intensos dos o tres días después de la administración de la droga.

El orden de aparición de los síntomas durante la aplicación de la droga es también variable. Por lo general inicialmente se observan parestesias y compromiso de la sensibilidad, dolor neurítico y más tarde déficit motor; pero en definitiva cualquier otra manifestación o diferente orden de aparición, puede haber en la presentación de los síntomas. De un modo general todos están de acuerdo con Selawary (16) en que las manifestaciones tóxicas van apareciendo y haciéndose más acentuadas conforme se continúa con el tratamiento.

## PRESENTACION DE DOS CASOS

**CASO Nº 1.**

Paciente de 45 años, sexo femenino, mestiza, con el antecedente de haber sufrido de Paludismo. Acude al Instituto el 25 de Mayo de 1960, o sea 20 días después de haber sido operada de la mama izquierda en otro hospital por presentar una tumoración con 5 meses de evolución. La intervención consistió en Mastectomía Radical izquierda. El examen anátomo-patológico reveló: carcinoma infiltrativo de la mama izquierda (escirroso) con metástasis ganglionares.

Tratamiento en este Instituto: 1.— Radioterapia a nivel mamario izquierdo. 2.— Castración actínica. 3.— Hormonal. Con los cuales no se observa mejoría clínica. 4.— Se inicia la terapia con Vincristina a una dosis de 2.5 mlg. vía endovenosa, aplicada una vez por semana.

A los 21 días un análisis hematológico indica tendencia a la leucopenia y desde entonces es controlada periódicamente. A los 4 meses de iniciado el tratamiento con Vincristina, o sea cuando la dosis suministrada es de 32.5 mlg. un examen clínico revela notable mejoría de su enfermedad neoplásica; pero al mismo tiempo aparecen síntomas y signos de toxicidad de orden general y neurológico. Entre las manifestaciones generales aparecen náu-

seas, vómito, diarrea, cólico abdominal, erosiones de la mucosa gingival y ronquera.

De orden neurológico la paciente acusa adormecimiento en miembros inferiores que va aumentando en forma progresiva, a predominio del lado izquierdo, lo mismo ocurre en miembros superiores; consecutivamente nota pérdida de la fuerza en los 4 miembros, advirtiendo que estas molestias son distales y con mayor compromiso en miembros inferiores. Posteriormente se da cuenta que pierde la sensibilidad en los 4 miembros con distribución similar a los síntomas anteriores. Se agrega a ellos dificultad en la marcha, ésta la realiza con ayuda y arrastrando los pies.

Al examen neurológico se encuentra a la paciente lúcida, bien orientada y tranquila. Ninguna alteración en pares craneales. Marcha imposibilitada. Déficit motor distal en los 4 miembros, con caída de ambos pies y ligera hipotonía muscular. Moderada atrofia tenar e hipotenar bilateral y en los músculos de ambos pies.

Hiporreflexia osteotendinosa en miembros superiores, con arreflexia patelar y aquiliana bilateral. No signo de Babinsky. Dolor neurítico en miembros inferiores.

El examen de la sensibilidad superficial y profunda revela hipoestesia distal en miembros superiores, en "forma de guante" y que compromete hasta el tercio superior de los antebrazos. Hipoestesia en miembros inferiores desde el tercio superior de las piernas, que llega a la anestesia en ambos pies. Marcado compromiso para la sensibilidad vibratoria: apalestesia y actitudes segmentarias: abatiestesia, distales en los 4 miembros.

El tratamiento con Vincristina continúa, instalándose terapia para la neuropatía mediante la administración masiva de vitamina B1, B6, B12, Vitamina E y Acido Nicotínco.

Evolucíón.— La observación clínica del efecto sobre la neoplasia indica que los resultados son buenos; haciéndose notar la coincidencia entre la evolución de la neoplasia y la intoxicación neurológica, en que es buena la primera y severa la segunda. La paciente recibe un total de 60 mlg. de Vincristina durante 8 meses. Sigue con medicación vitamínica a altas dosis y es controlada mediante exámenes neurológicos en forma periódica. La paciente sobrevive al tratamiento con Vincristina en 2 años y en la actualidad se encuentra notable recuperación de la sensibilidad superficial y de la fuerza no hay parestesias, camina sin ayuda. No hay recuperación del compromiso de la sensibilidad profunda.

**CASO Nº 2.**

Paciente de 50 años de sexo femenino, raza blanca, sin antecedentes de importancia. Se hospitaliza el 12 de Febrero de 1965, por presentar pérdida de peso, disconfort en el hipogastrio, micción frecuente y molestias ginecológicas. El examen clínico revela la presencia de un tumor en la fosa ilíaca izquierda, de gran tamaño, fijo al útero y vejiga, de consistencia dura; el fondo de saco de Douglas ocupado por la tumoración. La paciente es inter-

venida, se realiza Laparotomía cuyos hallazgos operatorios son: tumor uterino, muy voluminoso, multilobulado con signos claros de malignidad. El estudio anátomo-patológico indica que se trata de: "Tumor mixto mesodérmico mostrando estructura predominante de Condrosarcoma". Ocho días después de la intervención se inicia tratamiento con Cobalto 60 a nivel pelviano anterior y posterior izquierdos.

Paralelamente se inicia tratamiento con Vincristina a la dosis de 5 mlg. por vía endovenosa, aplicada una vez por semana. A los 21 días de la operación, hace un cuadro de obstrucción intestinal, es intervenida nuevamente y se realiza colostomía. Días más tarde presenta obnubilación con tendencia al sopor, sin signos neurológicos focales. El electroencefalograma revela disritmia difusa, sin evidencia de foco. Se recupera de este estado, pero la paciente evoluciona mal debido a que la complicación digestiva persiste y la administración de Vincristina es suspendida temporalmente. Al reiniciarla se hace a dosis de 2.5 y 5 mlg. una vez por semana alternadamente. Un examen ginecológico de control, cuando la dosis ha alcanzado a 27.5 mlg., indica excelente respuesta de la neoplasia. Los análisis hematológicos revelan tendencia a la leucopenia. A los 3 meses de haber comenzado la terapia con Vincristina y cuando la dosis llega a 30 mlg. aparecen manifestaciones de toxicidad como alopecía y compromiso de orden neurológico.

Al examen se encuentra a la paciente intranquila, quejosa, manifiesta disconfort en la cama, sensación de quemazón más en los pies que en las manos, molestias con el roce y peso de las cubiertas. Sus respuestas son adecuadas al interrogatorio. No signos de compromiso de pares craneales. Marcha imposibilitada y dificultad de la paciente para permanecer de pie. ambos pies caídos. Disminución casi total de la fuerza en los músculos distales de ambos miembros superiores. Moderada conservación de la fuerza en los músculos proximales, apenas podía levantar los brazos. Abolición de la fuerza muscular en miembros inferiores en forma distal, ausencia de movimientos de dorsiflexión, disminución notable de la fuerza en los músculos de la cintura pelviana. Discreta flexión de las rodillas. No se advirtió compromiso de los músculos intercostales y abdominales. Piel seca fácilmente descansable en las piernas, atrofia tenar e hipotenar bilateral; atrofia moderada de los músculos flexores externos del pie. No alteración en los músculos proximales de los miembros inferiores. Arreflexia osteotendinosa generalizada. No signo de Babinsky. El examen de la sensibilidad: dolor a la compresión de las masas musculares en miembros superiores e inferiores, a predominio distal. Hipoalgesia distal bilateral, que en miembros superiores toma la "forma de guante" abarcando hasta el tercio superior del antebrazo, bilateral y simétrico. En miembros inferiores hipoalgesia más acentuada que en los miembros superiores, siendo uniformemente distal; abarca en el miembro inferior derecho hasta por encima de la rodilla; en el miembro inferior izquierdo hasta el tercio superior de la pierna. Hipotermoalgesia con distribución similar. El examen de la sensibilidad tactil es confuso. No reconocimiento de las posiciones segmentarias en los dedos de

las manos y pies: abatiestesia, pérdida de la sensibilidad vibratoria: apalestesia, en manos y pies.

Se inicia terapia para la neuropatía, mediante la administración masiva de Vitamina B1, B6, B12, Vitamina E y Acido Nicotínico.

Evolución.— Ocho días después las condiciones permanecieron iguales, disminución de las sensaciones de quemazón. Un mes después pudo sentarse en silla y en estas circunstancias se notó que el déficit más importante era en miembros inferiores, con el pie caído y en flexión plantar. Los movimientos en miembros superiores proximales eran más enérgicos y progresivamente se recuperó la movilidad de las manos. Aproximadamente a las seis semanas comienza a deambular con soporte y es sometida a rehabilitación física intensa. No hubo ninguna respuesta de los reflejos, ni recuperación de la sensibilidad profunda.

La administración de la Vincristina fue suspendida en una segunda oportunidad, siempre por la complicación digestiva, de orden diferente a la intolerancia, reiniciándose por tercera vez y con la medicación intensa de vitaminas ya indicadas. El total de Vincristina es de 41.5 mlg. durante seis meses. La paciente presenta una complicación renal grave entra en coma y fallece; a los diez meses de haberse iniciado el tratamiento con Vincristina.

## TRATAMIENTO DE LA NEUROPATIA

En ambos casos como tratamiento para la neuropatía hemos empleado en forma masiva Vitamina B1, B6, B12, Vitamina E y Acido nicotínico; además medidas de rehabilitación física. Ha sido comunicado por varios autores, entre ellos Bohannon (2) que los beneficios de altas dosis de vitamina B12 y de Tiamina no son concluyentes; en cambio otros como Gubish (10) señalan que ninguna dosis alta de complejo B, mejoró la toxicidad.

Hemos observado que con las medidas empleadas por nosotros, los trastornos parestésicos, así como los objetivos de la sensibilidad superficial mejoraron notablemente, no así los de la sensibilidad profunda y los trastornos motores.

## COMENTARIO

Se han presentado dos casos de polineuropatía periférica provocada por la Vincristina, aplicada a pacientes portadores de neoplasia y que habían recibido previamente otros tratamientos.

El cuadro neurológico apareció aproximadamente a los 3 ó 4 meses de haberse iniciado el tratamiento y cuando la dosis suministrada

era alrededor de 30 a 35 mlg. en total. Las primeras manifestaciones de neurotoxicidad fueron las parestesias, apareciendo después debilidad muscular. En ninguno de los casos el compromiso del sistema nervioso mostró signos de gran severidad, de tal modo que la terapia con la droga no fue suspendida debido a la evolución de la enfermedad neoplásica que mostró notable remisión. Debemos señalar que uno de los casos, o sea la paciente de 45 años, sobrevive al tratamiento con Vincristina en dos años, con una remisión parcial del trastorno motor y completo de las manifestaciones objetivas de la sensibilidad. El otro caso, paciente de 50 años, también con notable recuperación neurológica, hizo una complicación digestiva y luego renal, falleciendo a los 10 meses del tratamiento.

## SUMARIO

1. La vincristina fue un agente quimioterápico útil en los casos presentados.

2. La complicación neurológica no fue lo suficientemente severa como para suspender el tratamiento, que apareció a los 3 ó 4 meses de iniciado.

3. La recuperación neurológica es incompleta y tardía. Los síntomas sensitivos remitieron más completamente que los motores.

## SUMMARY

Two cases of polineuropathy due to use of vincristicin sulphate are reported. This complication appeared 3-4 months after beggining of chemotherapy and was sufficiently severe as to enforce interruption of treatment. The neurological recovery was slow and incomplete, the sensitive signs remitted more completely than the motor ones.

## *BIBLIOGRAFIA*

1. BAKER, A. B. Diseases of peripheral nervs. Clinical Neurology. Edit: Harper and Brothers 1963. — 2. BOHANNON, R. A. MILLER, D. G. and DIAMOND, H. D. Vincristine in the treatment of lymphomas and leukemias. Cancer Research. 23: 613-621. 1963. — 3. BRAIN, R. Enfermedades del Sistema Nervioso. Edit. El Ateneo. Buenos Aires. 1958. — 4. CARBONE, P. P., BONO, V., FREI, E. and BRINDLEY, C. O. Clinical studies with Vincristine. Blood, 21: 640-647. 1963. — 5. CAREY, R. W.,

HALL, T. C. and FINKEL, H. J. A comparison of two dosage regimens for Vincristine. Cancer Chemotherapy Reports, 27: 91-96. 1963. — 6. COSTA, G., HRESHCHYSHYN, M. M. and HOLLAN, J. F Initial clinical studies with Vincristine. Cancer Chemotherapy Reports, 24: 39-44. 1962. — 7. CUMINGS, J. N. and KREMER, M. Biochemical aspects of toxic neuropathies. Biochemical Aspects of Neurological Disorders. Edit.: Blanckwell Scientific Publications Oxford. 1965. — 8. EVANS, A. E., FARBER, S., BRUNET, S. and MARIANO, P. J. Vincristine in the treatment of acute leukemia in children. Cancer, 16: 1302-1306. 1963. — 9. GOLDENBERG, I. S. Vincristine therapy of women with advanced breast cancer. Cancer Chemotherapy Reports, 41: 7-9. 1964. — 10. GUBISH, N. J., NORENA, D., PERLIA, CH. P. and TYLOR, S. J. Experiencie with Vincristine in solid tumors. Cancer Chemotherapy Reports, 32: 19-22. 1963. — 11. HADDY, T. B., FERNBACH, D. J., WATKINS, W. L., SULLIVAN, M. P. and WINDMILLER, J. Vincristine in uncommon malignat diseast in children. Cancer Chemotherapy Reports, 41: 41-42. 1964. — 12. HARRISON, T. R. Padecimiento de los nervios periféricos. Medicina Interna. Edit.: La Prensa Médica Mexicana. 1962. — 13. JOHNSON, I. S., ARMSTRONG, J. G., GORMAN, M. and BURNET, J. P. The vinca alcaloids: a new class oncolytic agents. Cancer Research, 23: 1390-1427. 1963. — 14. MITTELMAN, A., GRINBERG, R. and DAO, T. Clinical Experiencie with Vincristine in advanced cancer of the breast. Cancer Chemotherapy Reports, 34: 25-30. 1964. — 15. REITEMEIER, R. J., MOERTH, CH. G. and BLACKBURN, CH. M. Vincristine therapy of adults patients with solid tumors. Cancer Chemotherapy Reports, 34: 21-23. 1964. — 16. SELAWARY, O. S., HANANIAN, J. Vincristine treatment of cancer in children. JAMA, 183: 741-746. 1963. — 17. SHAW, R. K. and BRUNER, J. A Clinical evaluation of Vincristine. Cancer Chemotherapy Reports, 42: 45-48. 1964. — 18. THE LILLY RESEARCH LABORATORIES. Vincristine Sulfate. Information for Clinical Investigators. 1963. 19. WHITELAW, D. M. COWAN, D. H., CASSIDY, F. R. and PATTERSON, T. A. Clinical experience with Vincristine. Cancer Chemotherapy Reports, 30: 13-20. 1963.

# CONTRIBUCION AL CONOCIMIENTO PSIQUIATRICO DEL TUBERCULOSO CRONICO HOSPITALIZADO NUESTRO MEDIO*

Carlos V. Gutiérrez Ferreira **

## INTRODUCCION

El interés de una contribución de este tipo radica en que permite apreciar características peculiares de la Patología Mental en grupos de pacientes afectados, como en este caso, de una misma enfermedad crónica, tuberculosis pulmonar, y sometidos a las mismas contingencias durante su hospitalización, todo lo que constituye verdadera sobrecarga física y mental, pues la Patología Mental intrínseca o propia de estos pacientes, de acuerdo a nuestra experiencia, resulta modificada o por lo menos matizada en su realización clínica por efecto de las sobrecargas emocionales situacionales que viven estos enfermos.

Además, el estudio seriado y sistemático, nos dá una idea de cuál es el verdadero valor de las sobrecargas emocionales situacionales, en las descompensaciones psíquicas que ya entran en el terreno clínico y en qué tipos de casos se producen estas descompensaciones; cuáles son sus características esenciales y qué papel juega la patología mental previa, en las mismas.

Este trabajo constituye una contribución a la Patología Mental en Tuberculosos Crónicos Hospitalizados y se encuentra enfocado desde el punto de vista eminentemente clínico, único medio de acercarse con provecho a la compleja realidad clínica y psicológica de los seres hu-

---

* Resumen de la tesis presentada para optar el grado de Doctor en Medicina.

** Profesor del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina — Médico Psiquiatra del Hospital del Tórax de Lima (Bravo Chico).

manos, en cualquier situación de la vida en que se encuentren. Por tal motivo, hemos procurado evitar todas las divagaciones existentes en la literatura universal acerca de la Psicología de Tuberculosos, circunscribiéndolos a la realidad concreta que ellos representan en su estudio clínico, mediante la amplia exposición de la casuística estudiada y de la múltiple y compleja gama de factores de valor psicológico que en ellos gravitan para dar lugar a la sintomatología.

Con esto creemos poner en manos de los colegas un aporte científico que ayude a comprender los problemas mentales de tuberculosos crónicos hospitalizados en nuestro medio.

## MATERIAL Y METODO

El material del presente trabajo está dado por 405 casos de Tuberculosos Crónicos internados en el Hospital de Tórax "Bravo Chico", durante los años 1964-1965 y enviados a la Consulta y Controles psiquiátricos por variados motivos por los médicos clínicos de los diversos Pabellones del Hospital (hombres y mujeres), así como por los médicos especialistas de los distintos Consultorios Externos.

Cada uno, de los 405 casos de tuberculosos crónicos con problemas mentales, ha sido estudiado desde el punto de vista psiquiátrico, mediante la confección de una Historia Clínica orientada en este sentido y con la cual se ha elaborado un Informe a los Pabellones de origen del paciente. En dicho Informe se consignan datos importantes y de valor para el diagnóstico, así como un breve comentario efectuado por especialista.

Además, cada caso ha sido sometido a Controles psiquiátricos sucesivos, en frecuencia fluctuante según la importancia de los síntomas y manifestaciones psíquicas, tanto con fines de apreciación de las variaciones de la sintomatología, como para la adopción de medidas de orden psicoterapéutico o medicamentoso, siendo anotada, por el médico psiquiatra, la evolución respectiva, tanto en la Historia Clínica, como en el Informe resumido para los Pabellones.

El método seguido tiene dos sentidos. El primero, se refiere al estudio psicopatológico, desde el punto de vista netamente fenomenológico, tanto de los motivos de la Consulta al psiquiatra, como de los signos y síntomas encontrados en los casos estudiados.

El segundo consiste en el estudio integrativo, dinámico y constituye lo más importante de esta contribución. Para ello, cada caso ha si-

do "desmenuzado", perdonándosenos el vocablo, en lo que tiene de psicopatología (signos y síntomas hallados), para luego integrarlos en sentido dinámico, procurando de este modo y bajo este punto de vista, encontrar de un lado, cuando ello es posible, el significado interpretativo de las principales manifestaciones psicopatológicas, y de otro, valorizar cada uno de los factores que han permitido llegar al diagnóstico, efectuándose el comentario respectivo y procurando siempre tener en cuenta el valor y significado de la "sobrecarga emocional situacional", que estos enfermos crónicos vivencian a diario y su posible relación con la patología mental intrínseca o previa de cada uno de ellos.

El método seguido, eminentemente clínico, se debe a que el Hospital del Tórax no dispone, por el momento, de Psicólogo Clínico, indispensable para la aplicación de Tests mentales, ni tampoco de otros medios importantes de diagnóstico, especialmente electroencefalográficos, con los cuales el estudio de nuestros casos podría haber sido más completo y exacto.

## SIGNIFICADO PSICOLOGICO DE LAS VIVENCIAS DE TUBERCULOSOS CRONICOS

El hecho de vivir una enfermedad tuberculosa crónica implica vivencias de gran valor y significado emocional, desde que ello se encuentra estrechamente relacionado con las concepciones de índole cultural y social que tienen de esta enfermedad y los temores y creencias en torno a la misma y a sus efectos en el organismo.

De acuerdo a nuestra experiencia, las vivencias inherentes a los efectos de la enfermedad tuberculosa tiene impacto psicológico directo en la mente de estos pacientes, desde que síntomas y molestias orgánicos, propios de la tuberculosis crónica, repercuten psicológicamente, no solamente por sus efectos directos si no también por la invalidez y reposo prolongados a que se les obliga o por la incertidumbre y expectativas de curación muchas veces frustradas, amén del temor que las mismas pruebas de valoración clínica les determina, o los tratamientos, especialmente la posibilidad de intervención quirúrgica.

A esto cabe agregar las consecuencias sociales y familiares que este mal determina y que los pacientes vivencian diariamente. Temen el futuro en cuanto a su posterior estado de salud y capacidad de trabajo. Temen "no poderse volver a ver con sus familiares", así como desarrollan miedo de "contagiar" a quienes dependen de ellos.

Nuestra diaria experiencia también nos enseña que estos tuberculosos crónicos sometidos a prolongadas hospitalizaciones recelan a veces más que de su misma tuberculosis, de los efectos de dicha enfermedad y lo que más los angustia es la larga evolución clínica y la necesidad de permanecer en el nosocomio por meses y hasta por uno o dos años de reposo obligado, esperando la curación que "a veces no llega" o cuando llega "resulta incompleta o eventual, obligándolos, a serias limitaciones en su vida futura", todo lo que, frustrando sus ideales de vida y salud, aumenta su angustia.

Por último, el mal estado orgánico general gravita en mayor o menor grado sobre el psiquismo, a lo que cabría agregar la acción tóxica general de los modernos antibióticos y drogas tuberculostáticas, así como "las ideas" que los pacientes tienen acerca de los mismos y sus efectos, que vivencian con angustia y temor.

Hay casos en los que resulta evidente la acción directa de esta "sobrecarga emocional situacional", produciéndose la descompensación emocional y sus síntomas, por un posible "rebasamiento" de ciertos umbrales individuales de resistencia psicológica.

Mientras que en otros, en los cuales ya existía Patología Mental previa, propia del individuo, y sobre la cual esta "sobrecarga emocional situacional" tiene mera acción desencadenante o facilitante. Estos casos han resultado mayoría en nuestro estudio y los hemos dividido en:

a) Casos en los cuales existe evidente predominio de factores endógenos (o predisponentes) del tipo de las psicosis, distintas formas de epilepsia y personalidades anormales; en los cuales muchas veces resulta difícil en la clínica, encontrar "puentes o nexos" entre lo dependiente de la acción directa de esta "sobrecarga emocional situacional" y lo dependiente de este fondo personal o individual.

b) Casos en los cuales existe evidente predominio de factores caracterológicos (o determinantes) adquiridos en el curso de su existir y que por tal motivo resultan particularmente lábiles a la acción directa de esta "sobrecarga emocional situacional", que tiene el valor de un factor desencadenante de primera línea, en algunas ocasiones, y en otras el de verdadero "reactivador" de conflictos, temores y frustraciones afectivas, llegando a veces a tener todo el valor de elemento de "castigo" para determinados sentimientos de culpa concientes o inconcientes.

c) Casos en los cuales existe fondo endógeno (o predisponente), más o menos evidente, en íntima relación con factores caracterológicos adquiridos (o determinantes), al punto que se matizan y complementan en su realización clínica y sobre los cuales gravita esta "sobrecarga emocional situacional" produciendo diversidad de efectos y cuadros clínicos a veces bastante complicados, cuya valorización requiere conocimientos y experiencia.

## ANALISIS DE LOS "MOTIVOS" DE CONSULTA AL PSIQUIATRA

Resulta del todo interesante que como pórtico a una contribución de este tipo, expongamos en primer término los "motivos" de la Consulta al psiquiatra, por constituir el primer contacto del especialista con el caso clínico enviado, sea de los Pabellones o de los Consultorios Externos del Hospital.

El estudio efectuado acerca de los "Motivos de Consulta", nos permite anotar 71 "Motivos" diferente en los 405 casos y al respecto observamos que casi nunca un caso ha sido enviado a Consulta psiquiátrica por un solo "Motivo", si no casi siempre por dos o más.

Hemos "agrupado" estos "motivos" en 12 grupos diferentes; cada uno de ellos comprende varios "motivos" relacionables entre sí y por lo tanto comparables, lo que facilita el análisis y la crítica.

## AGRUPAMIENTO DE "MOTIVOS" DE CONSULTA AL PSIQUIATRA

1.— Anomalías de la Conducta y la Actitud

| | |
|---|---|
| Anormalidades de conducta y actitud | 15 casos |
| Impulsividad — (o impulsos irresistibles) | 5 " |
| Intento de suicidio | 5 " |
| Impulso de fuga | 5 " |
| Agitación psicomotriz | 4 " |
| Tendencia al aislamiento | 4 " |
| Negativismo | 3 " |
| Adición alcohólica | 2 " |
| Timidez | 1 " |
| Desconfianza | 1 " |
| Ser desadaptado | 1 " |
| Sugestionabiildad | 1 " |
| Apatía | 1 " |
| | 1 " |

2.— Anomalías o disturbios afectivo-emocionales

| | | |
|---|---|---|
| Intranquilidad o nerviosismo | 68 | casos |
| Ansiedad | . 59 | " |
| Tristeza y decaimiento — (depresión) | 55 | " |
| Angustia | 33 | " |
| Labilidad o incontinencia emocional | 29 | " |
| Reacciones coléricas o agresivas | 21 | " |
| Inestabilidad del ánimo | 21 | " |
| Desesperación o fastidio | 8 | " |
| Estado emotivo — (o sentimentalismo) | 6 | " |
| Sentimiento de culpa por masturbación | 1 | " |
| Problemas sentimentales | 1 | " |

3.— Molestias difusas (cenestésicas), habitualmente poco comprensibles y mayor o menor grado de repercusión psíquica.

| | | |
|---|---|---|
| Molestias difusas — (o cenestésicas) | 41 | casos |
| Sensación de temblores en el cuerpo | 23 | " |
| Cefaleas — (dolor al cerebro) | 21 | " |
| Escotomas centellantes — (tipo fosgenos) | 4 | " |
| Mareos | 2 | " |
| Molestias difusas por crisis | 2 | " |
| Quejas hipocondríacas | 2 | " |
| Transtornos del habla — (emocionales) | 1 | " |
| Parestesias | 1 | " |
| Palpitaciones | 1 | " |
| Sensaciones desagradables | 1 | " |

4.— "Ideas" o "pensamientos" considerados anómalos o raros

| | | |
|---|---|---|
| Preocupaciones | 34 | casos |
| Tener muchos pensamientos | 14 | " |
| Ideas de persecusión | 9 | " |
| Ideas obsesivas | 3 | " |
| Complejo de inferioridad — (como "idea") | 2 | " |
| Tener maals ideas o pensamientos | 1 | " |
| Ideas de agresión | 1 | " |
| Fuga de ideas | 1 | " |

5.— Trastornos que implican compromiso de la conciencia

| | | |
|---|---|---|
| Desorientación | 7 | casos |
| Trastornos paroxísticos de la conciencia | 3 | " |
| Sensación de estar como muerto | 1 | " |
| Confusión mental (delirio) | 1 | " |
| Oscurecimiento de la conciencia | 1 | " |
| Obnubilación de la conciencia | 1 | " |
| Ausencias | 1 | " |

6.— Trastornos del sueño

| | |
|---|---|
| Dificultades con el sueño | 75 casos |
| Pesadillas | 16 " |
| Sueños eróticos | 4 " |
| Sonambulismo | 3 " |
| Somniloquia | 3 " |
| Enuresis | 1 " |

7.— "Problemas"

| | |
|---|---|
| Problemas familiares | 1 caso |
| Problema sexual | 1 " |
| Tener problemas | 1 " |
| Problema de personalidad querellante | 1 " |
| Tener problemas de desadaptación | 1 " |
| Problemas sentimentales | 1 " |

8.— Trastornos mentales tipo "psicosis" o antecedentes de tratamientos anteriores por causa de ellos

| | |
|---|---|
| Hospitalizaciones previas en frenocomios | 4 casos |
| Síntomas de alteración mental | 1 " |
| Antecedentes de trastornos mentales | 1 " |
| Necesidad de apreciar grado de compromiso mental | 1 " |

9.— Desórdenes de tipo "Crisis"

| | |
|---|---|
| Ataques | 33 casos |
| Crisis de pérdida de conocimiento | 9 " |
| Crisis histeroides | 7 " |
| Posible histeria | 4 " |

10.— Alteraciones de la memoria

| | |
|---|---|
| Amnesia | 1 caso |

11.— Trastornos de la percepción

| | |
|---|---|
| Alucinaciones | 1 caso |

12.— Deficiencia mental

| | |
|---|---|
| Deficiencia mental | 1 caso |

Con todo lo aquí expuesto, hemos realizado un estudio completo de los "Motivos" de la solicitud de Consulta al Psiquiatra del Hospital y del mismo se desprenden algunos hechos que, en forma resumida, presentamos a continuación:

a) Es notable la gran variabilidad de esto "Motivos" de Consulta al psiquiatra, problema relacionado con la gran variabilidad sintomatológica, desde el punto de vista psíquico, de nuestros tuberculosos crónicos.

b) Es importante señalar que los médicos-clínicos del Hospital del Tórax vienen confiriendo cada vez mayor trascendencia al aspecto mental de los tuberculosos crónicos por ellos asistidos, hecho puesto en evidencia por las justificaciones de Consulta", aquí reseñadas y analizadas.

c) Yendo ahora directamente a estos "Motivos" de Consulta nos permiten afirmar desde ya, que la Patología Mental que predomina en nuestros pacientes tuberculosos crónicos, es aquella dependiente de descompensaciones o desequilibrios de la esfera afectivo-emocional en una gama amplísima de aspectos, aún considerando él o los síntomas que justifican la Consulta especializada.

d) Resultan también importantes o dignos de tenerse en cuenta, los "Motivos" relacionados con anomalías de conducta y actitud y los relacionados con "molestias difusas", a lo que habría que agregar los relacionados con trastornos del sueño, considerándose desde luego, que en todos estos "Motivos" existe importante componente afectivo-emocional.

e) Llama por último la atención, que los "Motivos" relacionados con desórdenes mentales del tipo psicótico, son más bien escasos, lo que ya nos viene indicando que esta patología resulta rara en nuestros tuberculosos crónicos, contra la opinión general que al respecto se suele tener.

## HALLAZGOS PSICOPATOLOGICOS Y SU SIGNIFICADO

Hemos dividido los trastornos psicopatológicos exhibidos por nuestros pacientes en los correspondientes a las diferentes esferas psíquicas, a pesar de ser plenamente concientes que esto implica limitación y en algunas ocasiones tiende a deformar realidades, desde que no existen trastornos psicopatológicos puros, aislados, desvinculados del resto de la vida psíquica.

Estos trastornos psicopatológicos recogidos o detectados por medio de sucesivas entrevistas con los pacientes, se han anotado cuando han sido observados, tanto en el Informe inicial del caso como en las sucesivas evoluciones clínicas efectuadas lo que, en cierto modo, le da mayor validez o precisión.

Hemos procurado, en todo momento, que esta apreciación psicopatológica desde el punto de vista netamente fenomenológico, sea sistemática y ordenada, a fin de conseguir visión amplia y panorámica de las principales manifestaciones sintomatológicas de nuestra casuística.

| | | |
|---|---|---|
| **Atendidos en el Hospital en 1964** | **2,221** | |
| **Hombres** | **1,177** | **52.99%** |
| **Mujeres** | **1,044** | **47.01%** |
| **Atendidos en el consultorio de Psiquiatría** | **183** | |
| **Hombres** | **101** | **55.19%** |
| **Mujeres** | **82** | **44.81%** |
| **Atendidos en el Hospital en 1965** | **2,404** | |
| **Hombres** | **1,234** | **51.37%** |
| **Mujeres** | **1,170** | **48.63%** |
| **Atendidos en el Consultorio de Psiquiatría** | **222** | |
| **Hombres** | **107** | **48.19%** |
| **Mujeres** | **115** | **51.81%** |

Siendo los porcentajes de atención psiquiátrica similares a los del año 1964, observamos que en ese año predominaron varones, mientras que en 1965 mujeres; pero las diferencias porcentuales fueron escasamente significativas (del 2 al 3%, solamente).

**Distribución de casos Psiquiátricos por edades** (Años de 1964 y 1965).

| | | |
|---|---|---|
| **Menos de 15 años** | **3** | **0.75%** |
| **De 15 a 20 años** | **37** | **9.14%** |
| **De 20 a 25 años** | **102** | **25.19%** |
| **De 25 a 30 años** | **123** | **30.37%** |
| **De 30 a 35 años** | **58** | **14.32%** |
| **De 35 a 40 años** | **31** | **7.65%** |
| **De 40 a 45 años** | **24** | **5.92%** |
| **Más de 50 años** | **9** | **2.22%** |

Al observar este cuadro nos damos cuenta de que la mayor incidencia de casos psiquiátricos se ha presentado entre los 20 y 25 años de edad (25.19%) y entre los 25 y 30 años de edad (30.37%), lo que también se encuentra en proporción porcentual aproximada con las edades en que ingresan y son atendidos la mayoría de pacientes del hospital, es decir, entre los 20 y 30 años de edad, en que parece, también, que la tuberculosis se ha hecho crónica.

En relación con el lugar de nacimiento, podemos decir que la mayoría de nuestros casos han sido oriundos de los Departamentos de Lima, Ancash, Ica, Cerro de Pasco, Junín y Apurímac, seguramente porque se trata de gente que ha emigrado a la Capital o a la costa por la cercanía geográfica.

En cuanto a la procedencia, de la mayoría, 89.60%, procedía de Lima y alrededores, especialmente de barriadas marginales, mientras que solamente 10.40% eran pacientes procedentes de distintos lugares de la República, llegados a Lima con el fin de internarse en el Hospital del Tórax.

**INCIDENCIA GENERAL DE DESORDENES PSIQUIATRICOS AÑOS 1964 Y 1965**

| | | Casos | % |
|---|---|---|---|
| I. | Desórdenes Psicóticos | 29 | 7.16 |
| II. | Personalidades Anormales | 20 | 4.94 |
| III. | Epilepsia | 31 | 7.65 |
| IV. | Crisis de Pérdida del Conocimiento (probable fondo epiléptico o neurótico) | 16 | 3.95 |
| V. | Disturbios Psicofisiológicos (en relación con anomalías de la personalidad o con la sobrecarga emocional situacional) | 81 | 20.0 |
| VI. | Debilidad Mental | 1 | 0.25 |
| VII. | Sindromes Cerebraels Crónicos | 3 | 0.75 |
| VIII. | Desórdenes Reactivos (con o sin fondo estructural neurótico) | 224 | 55.30 |

El cuadro que ofrecemos hace ver que frente a los diagnósticos definidos como psicóticos, personalidades anormales, epilepsia, etc., existen otros desórdenes mal definidos y sólo anotados para dejar constancia de los mismos por los síntomas más llamativos y que pueden corresponder a varios factores de fondo o de momento, como son: "crisis de pérdida de conocimientos" y "disturbios psicofisiológicos". En

el aparte dedicado a la casuística insistiremos adecuadamente sobre el significado de cada uno de ellos.

Pasamos a referirnos a los hallazgos psicopatológicos, comenzando con un cuadro general de resumen.

## CUADRO GENERAL DE SIGNOS Y SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS

### A.— ESFERA INTELECTUAL

| | | |
|---|---|---|
| a.— INTELIGENCIA | | |
| | 1.— Debilidad Mental | 12 |
| | 2.— Deterioro Intelectual | 1 |
| | 3.— Hipoprosexia (dif. de concentración intelectual) | 1 |
| b.— MEMORIA | | |
| | 1.— Amnesias (post-crisis) | 25 |
| | 2.— Amnesias definidas como "olvidos" | 11 |
| | 3.— Deficiencia de memoria de evocación | 3 |
| | 4.— Deficiencias de memoria de fijación | 2 |
| | 5.— Amnesia "por períodos" | 2 |
| | 6.— Amnesia "escotómica" (de "algo") | 1 |
| c.— ATENCION | | |
| | 1.— Distraibilidad | 1 |
| d.— PERCEPCION | | |
| | 1.— Alucinaciones visuales | 9 |
| | 2.— Seudoalucinaciones visuales | 1 |
| | 3.— Alucinaciones auditivas (verbales) | 7 |
| | 4.— Acoasmas (ruidos imaginarios) | 1 |
| e.— PENSAMIENTO | | |
| | 1.— Preocupaciones prominentes | |
| | 2.— Presencia de "muchos pensamientos" | 28 |
| | 3.— Presencia de "malos pensamientos" | 5 |
| | 4.— Pensamiento incoherente | 11 |
| | 5.— Perseveración ideativa | 6 |
| | 6.— Pensamiento prolijo | 1 |
| | 7.— Fuga de ideas | 1 |
| | 8.— Bloqueo del pensamiento | 1 |
| | 8.— Complejo de inferioridad (como "idea fija") | 1 |
| | 10.— Pensamiento delusional | 2 |
| | 11.— Ideas delusivas de persecución | 2 |
| | 12.— Ideas delusivas de daño | 8 |
| | 13.— Ideas de autorreferencia | 3 |
| | 14.— Ideas de autoinculpación | 1 |

## B.— CONCIENCIA EN GENERAL

| | |
|---|---|
| **a.— DESORDENES TIPO "DESORIENTACION"** | |
| 1.— Desorientaciones con respecto al Yo | 3 |
| 2.— Desorientaciones con respecto al tiempo | 8 |
| 3.— Desorientaciones con respecto al espacio | 4 |
| **b.— TRASTORNOS DEFICITARIOS DE LA CONCIENCIA (cuantitativos)** | |
| 1.— Mareos tipo "crisis vertiginosa" con grado variable de compromiso de la conciencia | 127 |
| 2.— Pérdidas del conocimiento "tipo desmayos" | 52 |
| 3.— Crisis convulsivas con pérdida total del conocimiento | 44 |
| 4.— Ausencia (clínicamente comprobada) | 1 |
| 5.— Auras en general (con compromiso variable de la conciencia) | 13 |
| —Aura de tipo cenestésico | 8 |
| —Aura vertiginosa | 2 |
| —Aura psíquica ("pensamientos") | 2 |
| 6.— Estado de sopor | 1 |
| **c.— TRASTORNOS CUALITATIVOS DE LA CONCIENCIA** | |
| 1.— Disociación de la conciencia (por angustia profunda e intensa) | 2 |
| 2.— Estados crepusculares de conciencia | 8 |
| 3.— Confusión mental o amencia | 3 |
| 4.— Leve obnubilación de la conciencia | 2 |
| **d.— AUTOMATISMOS MENTALES** | |
| 1.— Somniloquia | 23 |
| 2.— Sonambulismo | 12 |
| 3.— Enuresis | 12 |
| 4.— "Status cataleptiformes" | 4 |

## C.— ESFERA VOLITIVA

| | |
|---|---|
| **VOLUNTAD (acción) Y ACTITUDES** | |
| 1.— Estupor | 1 |
| 2.— Agitación psicomotriz | 4 |
| 3.— Embriagueces agitadas (como antecedente) | 1 |
| 4.— Negativismo | 6 |
| 5.— Estereotipias | 1 |
| 6.— Impulsividad temperamental básica | 15 |
| 7.— Impulsos irresistibles | 5 |
| 8.— Impulsos de fuga | 7 |
| 9.— Impulsos (intentos) de suicidio | 7 |
| 10.— Ideas obsesivas | 4 |

| | | |
|---|---|---|
| 11.— | Ideas de suicidio (sólo como "ideas") | 4 |
| 12.— | Actitud quejumbrosa persistente | 1 |
| 13.— | Tendencia al aislamiento | 18 |
| 14.— | Sugestionabilidad mórbida | 9 |
| 15.— | Conducta habitualmente anormal (rara, antisocial o feminoide, etc.) | 19 |
| 16.— | Actitud desconfiada (o suspicaz) | 5 |
| 17.— | Actitud tímida (definida como "corta") | 5 |
| 18.— | Fobias diversas | 4 |

## D.— ESFERA AFECTIVA

### AFECTIVIDAD Y TENDENCIAS INSTINTIVAS

| | | |
|---|---|---|
| 1.— | Angustia (como temor "indefinido a algo") | 80 |
| 2.— | Incontinencia o labilidad emocional | 85 |
| 3.— | Sentimiento de tristeza (ánimo triste y decaído) | 83 |
| 4.— | Intranquilidad (sensación de inecuanimidad) | 53 |
| 5.— | Exaltación del ánimo | 3 |
| 6.— | Inestabilidad del ánimo ("nerviosismo" alteraciones caracter, etc.) | 95 |
| 7.— | Depresión (e ideas depresivas) | 61 |
| 8.— | Sentimiento de "desesperación" | 42 |
| 9.— | Sentimiento de "fastidio" (o aburrimiento) | 8 |
| 10.— | Sentimiento de culpabilidad (concientes) | 12 |
| 11.— | Tendencia a las distimias (disturbios afectivos endógenos, mal definidos) | 23 |
| 12.— | Distimias exaltadas | 16 |
| 13.— | Distimias impulsivas | 5 |
| 14.— | Distimias querellantes | 2 |
| 15.— | Distimias irritables (definidas como reacciones coléricas) | 65 |
| 16.— | Disturbios o "problemas" con el sueño | 99 |
| 17.— | Insomnio (más o menos completo según los casos) | 70 |
| 18.— | Pesadillas (definidas como "malos sueños") | 107 |
| 19.— | Sueños "angustiosos" | 11 |
| 20.— | Sueños de contenido erótico (con o sin polución u orgasmo) | 43 |
| 21.— | Sueños de contenido tanático evidente | 9 |
| 22.— | Recuerdo de "soñar mucho" | 20 |
| 23.— | Terrores nocturnos (como antecedentes) | 3 |

## E.— TRANSTORNOS PSICOFISIOLOGICOS POR REPERCUSION SOMATICA DE DISTURBIOS AFECTIVOS (emocionales) O BIOELECTRICOS CEREBRALES (neurofisiopatológicos) O DE AMBOS ORIGENES

| | | |
|---|---|---|
| 1.— | Temblores o sobresaltos por crisis en diferentes partes del cuerpo | 56 |

| | | |
|---|---|---|
| 2.— | Sobresaltos en el cuerpo (definidos como "la piel me salta por momentos" | 3 |
| 3.— | Estremecimientos en el cuerpo | 1 |
| 4.— | Sensación de "afloramiento de las piernas" (por crisis) | 1 |
| 5.— | Disfemias (transtorno emocional del lenguaje) | 5 |
| 6.— | Sensación de "nudo en la garganta" | 1 |
| 7.— | Algias psicógenas ("dolores fijados") | 1 |
| 8.— | Disturbios neurovegeativos (hiperhidrosis y otros) | 7 |
| 9.— | Anorexia | 13 |
| 10.— | Náuseas o vómitos (comprobadamente psicógenos) | 6 |
| 11.— | Disturbios gastrointestinales (sicógenos) | 2 |
| 12.— | Crisis pitiáticas ("Status Cataleptiformes") | 8 |
| 13.— | Palpitaciones | 37 |
| 14.— | Opresión (o dolor) precordial | 12 |
| 15.— | Sensación de ahogo "o falta de aire" | 3 |
| 16.— | Calambres (definidos como "hormigueos") | 8 |
| 17.— | Parestesias (o cenestesias sensoriales difusas) | 13 |
| 18.— | Cenestesias difusas (algia), con el carácter de paroxismales | 13 |
| 19.— | "Adormecimientos en el cuerpo" | 5 |
| 20.— | Sensación de decaímiento o "laxitud en el cuerpo" | 1 |
| 21.— | Sensación de "bola" (localizada en la región precordial) | 1 |
| 22.— | Oscurecimientos o "empañamientos visuales" | 53 |
| 23.— | Escotomas centellantes (fósgenos), definidos como "visión de puntitos brillantes" | 89 |
| 24.— | Cefaleas o cefalalgias (definidos como "dolor al cerebro") | 115 |
| 25.— | "Atontamiento de la cabeza" (sensación de estar "como borracho" | 3 |
| 26.— | Sensación de "quemazón" definida como "ardor al cerebro" (y a veces a regiones de la cabeza) | 13 |
| 27.— | Sensación de "punzadas al cerebro" | 1 |
| 28.— | Sensación de "adormecimiento al cerebro" | 5 |
| 29.— | Sensación de "ruidos al cerebro" | |

F.— MANIFESTACIONES (signos y síntomas de orden psicopatológico) MAS FRECUENTEMENTE HALLADAS EN NUESTROS CASOS

| | | |
|---|---|---|
| 1.— | Mareos, tipo crisis vertiginosas, con discreto grado de compromiso de la conciencia (variable) | 127 |
| 2.— | Cefaleas o cefalalgias (definidas como "dolor al cerebro") | 115 |
| 3.— | Pesadillas (definidas como "malos sueños") | 107 |
| 4.— | Disturbios o problemas con el sueño | 99 |
| 5.— | Inestabilidad del ánimo ("nerviosismo", alteraciones del carácter) | 95 |
| 6.— | Estocomas centellantes o fósgenos (visión de "puntos brillantes") | 89 |
| 7.— | Incontinencia o labilidad emocional | 85 |

| | | |
|---|---|---|
| 8.— | Preocupaciones prominentes | 84 |
| 9.— | Animo triste y deprimido (sentimiento de tristeza) | 83 |
| 10.— | Insomnio (más o menos total, según los casos) | 70 |
| 11.— | Distimias irritables (definidas como "reacciones coléricas") | 65 |
| 12.— | Depresiones e ideas depresivas | 61 |
| 13.— | Temblores en el cuerpo | 56 |
| 14.— | Intranquilidad (sensación de inecuanimidad) | 53 |
| 15.— | Oscurecimientos o empañamientos visuales | 53 |
| 16.— | Pérdidas del conocimiento ("desmayos") | 52 |
| 17.— | Crisis convulsivas con pérdidas del conocimiento | 44 |
| 18.— | Angustia (como "temor a algo") | 44 |
| 19.— | Sueños de contenido erótico evidente | 43 |
| 20.— | Sentimiento de "desesperación" | 42 |
| 21.— | Palpitaciones (de origen psicógeno) | 37 |

El estudio psicopatológico efectuado en 405 casos de tuberculosos crónicos consultados a Psiquiatría y el último cuadro expuesto, nos lleva a dejar establecidos algunos hechos de valor desde el punto de vista psicopatológico:

a) Queda plenamente establecido el predominio, dentro de las manifestaciones psicopatológicas encontradas, de los disturbios de la afectividad y de las tendencias instintivas, con un total de 774 manifestaciones de este tipo, plenamente establecidas en los casos seguidos y estudiados. Sin tomar en cuenta que muchas de las manifestaciones o síntomas considerados como "somáticos", corresponden en realidad a verdaderas descargas afectivas o emocionales a través de la vía somática, con o sin concomitante cerebral como factor facilitador.

b) Seguidamente vienen una serie de trastornos de difícil comprensión, que tienen de psíquicos y de cenestésicos con un total de 500 y cuyo origen a través del análisis efectuado, parece ser múltiple, variando desde aquellos en los cuales por la característica paroxismal y perseverativa parecían corresponder a un origen bio-eléctrico o disrítmico cerebral, que desgraciadamente no pudimos comprobar electroencefagráficamente por falta de este medio de diagnóstico, hasta aquellos que también correspondían a verdaderas descargas somáticas de los emocional y que por lo tanto discurrían con importantes componentes afectivos.

c) También algunos signos y síntomas psicopatológicos característicos de las psicosis o desórdenes reactivos, han sido registrados pero con menos frecuencia que los anteriores, dentro de los que podemos mencionar alucinaciones, alteraciones delusionales del pensamiento, etc.

d) Por último, y de acuerdo con nuestra experiencia clínica diaria con problemas de índole mental, podemos afirmar que los signos y síntomas psicopatológicos "puros", es decir que obedecerían a un solo origen o raíz, resultan más bien raros y la gran mayoría de ellos son expresión clínica de múltiples factores o raíces en su origen, sean cerebrales, neuróticos, toxifrénicos, de conflictos actuales (Stress) o remotos, y de reacción a sobrecargas emocionales situacionales sui-generis de tuberculosos crónicos, resultando inclusive en algunos casos "muy problemático" precisar a cuál de estas raíces o fondos que acabamos de mencionar, corresponde determinada manifestación psicopatológica, teniendo que hacerse ello sólo en relación al "caso en estudio o cuestión", única manera de valorizarlos adecuadamente en su significado clínico, pese a lo de subjetivo que ello pueda tener.

## ESTUDIO CLINICO DE LA CASUISTICA

Como culminación de este estudio pasamos al análisis clínico de la casuística, para ello tendremos en cuenta los variados factores que gravitan en la génesis de la psicopatología reseñada en el aparte anterior, procurando en todos los casos hacer especial referencia a la acción directa de las vivencias actuales de nuestros tuberculosos crónicos, susceptibles de significar para ellos por sumación e integración verdadera sobrecarga emocional situacional (Stress), que agrupa a la sobrecarga física o somática, generan o influyen reacciones psicológicas diversas, matizándolos y confiriéndoles contexto clínico más o menos definido.

Con el fin de ordenar el estudio clínico hemos reunido la casuística en ocho grupos.

Cada uno de los cuales comprende, a su vez, casos de diferente modalidad en cuanto a manifestaciones sintomatológicas y al predominio de uno u otro factor en su génesis o raíz; por lo cual han sido subdivididos en varios sub-grupos, conforme vamos a tratar a continuación:

## I.— DESORDENES DE INDOLE PSICOTICA.

Hemos detectado en 29 casos de desórdenes de índole psicótica de los 405 estudiados, lo que representa 7.16%.

1.— Tipo Paranoide (por brotes o poussés): 7 casos. En términos generales, los desórdenes psicóticos de tipo paranoide, han discu-

rrido bajo la forma de brotes o poussés manifestados durante su hospitalización, o como antecedentes de haberlos sufrido antes de internarse. Lo más interesante de destacar aquí es que el contenido de sus deluciones e ideas delusivas, no se relacionaba mayormente con la enfermedad tuberculosa en forma directa, limitándose, como todos los psicóticos de este tipo, a expresar ideas o pensamientos de autorreferencia, de daño o persecución, con sus concomitantes afectivos, volitivos o alteraciones de las tendencias instintivas.

2.— Tipo Catatónico: 2 casos. Los dos casos de reacciones catatónicas fueron pacientes ya tratados de brotes agudos en el Hospital "El Asesor" y que por tener lesiones tuberculosas terciarias se les envió al Hospital del Tórax para continuar el tratamiento y controles tanto pulmonares como psiquiátricos. Predominó en ellos, desde el punto de vista mental, algunas actitudes "raras" y anticonvencionales, negativismo y aislamiento, y en uno de ellos, leve agitación. Clínicamente, resultaba difícil hallar relación entre la enfermedad tuberculosa, situación de vida y proceso mental, lo que era de esperarse, dado lo incomprensible y complejo de este último, sin diferir por lo demás en nada con lo hallado en catatónicos no tuberculosos.

3.— Tipo Indeterminado (Polisintomático o Polifacético), con el significado de "mecanismo de defensa" clínicamente demostrable en algunos de ellos: 7 casos. Estos resultaron sumamente interesantes y dignos de profundizar su estudio y comprensión. Ricos en manifestaciones psicopatológicas, se mostraban polifacéticos en la realización clínica, resultando difícil encontrar en ellos nexo directo entre la sobrecarga emocional situacional y su brote psicótico actual, aunque en algunos casos resultaba factible plantear la posibilidad de la puesta en juego de determinados "mecanismos de defensa" contra conflictivas profundas, amén de la existencia de factores endógenos o predisponentes respectivos.

4.— Crónicos (procesales), con brotes observados durante su hospitalización: 3 casos. En este grupo hemos considerado aquellos casos en los cuales existían definidos antecedentes de brotes o episodios psicóticos en otras épocas de su vida, inclusive cuando aún no habían enfermado de tuberculosis. Su interés radica en el hecho de la poca transcendencia de la sobrecarga emocional situacional para producir el nuevo brote psicótico, gravitando más los factores inherentes a lo endógeno (predisponente) y la estructura de la personalidad.

5.— Tipo predominantemente Alucinatorio: 4 casos. En estos casos, como el título lo indica, predomina la sintomatología alucinatoria con variaciones más o menos importantes en la conviccionalidad de los pacientes en torno a estas anomalías de la percepción.

6.— Estados Confusionales sintomáticos (de significado psicótico): 5 casos. En todos los que era evidente la existencia de mal estado general somático con mayor o menor grado de compromiso cerebral, resulando así que los síntomas confusionales eran sintomáticos a tales condiciones generales, aunque debe anotarse que se relacionaban con tensiones y conflictos remotos o actuales de nuestros pacientes y a ellos se referían a veces en forma incoherente dentro de su estado mental en el momento del examen o las entrevistas.

7.— Alucinosis Alcohólica: 1 caso. Se trató de un tuberculoso crónico con antecedentes de alcoholismo activo de más de 20 años de evolución, enviado a Consulta por dicho antecedente y por presentar antecedentes familiares amplios, en el sentido de las psicosis y de las personalidades anormales, a lo que se agregaba la presencia de alucinaciones verbales tipo "voces insultantes". Era notable el hecho de la poca relación existente entre sus manifestaciones psicopatológicas y la sobrecarga emocional situacional, no existiendo prácticamente nexo alguno. El caso remitió mediante tratamiento metabólico general y ataráxico.

Hemos así efectuado una revisión general de nuestros tuberculosos crónicos hospitalizados en quienes se han observado trastornos o desórdenes de índole psicótica y este muestreo nos permite afirmar lo siguiente:

a) Los factores etipatogénicos que intervienen en la génesis u origen de estos desórdenes de índole psicótica, en nuestros tuberculosos crónicos sometidos a prolongadas hospitalizaciones, no se diferencian esencialmente en nada de los otros trastornos psicóticos en pacientes no tuberculosos.

b) La sintomatología clínica de inicio y la evolución tampoco di- difieren mayormente de las observadas en casos de sujetos no tuberculosos crónicos, siendo de valor el hecho de que tanto en los momentos agudos de los brotes psicóticos, como en la evolución clínica de los mismos, se notaba escasa o nula relación o nexo directo entre su enfermedad tuberculosa y vivencias inherentes y los contenidos de las manifestaciones de orden psicopatológico.

II.— ANOMALIAS ESTRUCTURALES DE LA PERSONALIDAD (Personalidad Anormal)

No han resultado ajenos a nuestra casuística los casos de tuberculosos crónicos con anomalías estructurales de la Personalidad, habiéndonos sido posible registrar 20 casos del total de 405 estudiados en este trabajo, lo que hace un porcentaje del 4.94%, el cual comparativamente con la población general y en relación con estadísticas extranjeras, resulta amplio pues, estas Personalidades Anormales no representan arriba del 1.5 a 2%.

1.— Personalidad Emocionalmente Inestable (con repercusión en mayor o menor grado en la conducta y actitud del paciente): 8 casos.

2.— Anomalías estructurales de la Personalidad con Homosexualidad: 4 casos. Todos los casos de homosexualidad activa o latente observados discurrían con anomalías estructurales de la personalidad, a los que había que agregar, muchas veces, otras perversiones psicosexuales, que se habían manifestado inclusive durante su internamiento en el Hospital del Tórax.

3.— Anomalías estructurales de la Personalidad con antecedentes de adicción alcohólica: 2 casos.

4.— Anomalías estructurales de la Personalidad con actitudes antisociales: 1 caso.

5.— Anomalías estructurales de la Personalidad con explosividad: 1 caso.

6.— Anomalías estructurales de la Personalidad con rasgos esquizoides: 1 caso.

7.— Anomalías estructurales de la Personalidad con conflictos neuróticos concomitantes: 1 caso.

8.— Anomalías estructurales de la Personalidad con crisis histéricas: 1 caso.

9.— Anomalías estructurales de la Personalidad con ansiedad: 1 caso.

III.— EPILEPSIA (en sus aspectos mentales, fundamentalmente).

La Epilepsia, como entidad nosológica, ha sido registrada por la observación clínica seriada en 31 casos de los 405 estudiados, lo que representa el 7.65%.

1.— Crisis periódicas de Gran Mal, coexistentes con otras características de la mentalidad epiléptica: 13 casos.

2.— Epilepsia de tipo Gran Mal, con conflictiva neurótica previa: 4 casos.

3.— Epilepsia de tipo Gran Mal y deterioración epiléptica (tipo demenciación): 4 casos.

4.— Epilepsia de tipo Gran Mal y desadaptación ambiental: 3 casos.

5.— Epilepsia de tipo Gran Mal y crisis histéricas concomitantes: 3 casos.

IV.— CRISIS DE PERDIDA DEL CONOCIMIENTO (de probable fondo epiléptico o neurótico).

Fueron definidas por nuestros pacientes como "desmayos" y las hemos visto coexistir con otras anomalías, sea de la Personalidad, del carácter o en relación a las vivencias actuales, habiendo registrado 16 casos, lo que representa 3.95%.

1.— Crisis de pérdida del conocimiento con una conflictiva neurótica: 4 casos.

2.— Crisis de pérdida del conocimiento con ansiedad reactiva: 4 casos.

3.— Crisis de pérdida del conocimiento con problemas situacionales: 1 caso.

4.— Crisis de pérdida del conocimiento con inmadurez emocional: 1 caso.

5.— Crisis de pérdida del conocimiento con trastornos distímicos: 1 caso.

6.— Crisis de pérdida del conocimiento y diversas cenestesias: 3 casos.

7.— Crisis de pérdida del conocimiento más disociaciones de la conciencia: 1 caso.

8.— Crisis de pérdida del conocimiento y debilidad mental: 1 caso.

V.— DISTURBIOS PSICOFISIOLOGICOS (en relación con anomalías de la Personalidad o con la sobrecarga emocional situacional).

Estos 81 casos de tuberculosos crónicos con disturbios psicofisiológicos diversos han sido muy interesantes, no solamente por lo frecuen-

te, sino también por lo amplia y difusa sintomatología a veces variable o cambiante y de origen complejo y múltiple, no siempre capaz de ser precisado.

1.— Con carácter de rasgos estructurales neuróticos: 24 casos.
2.— Con descompensación emocional (por acción de la sobrecarga emocional situacional): 15 casos.
3.— Con reacción de angustia: 5 casos.
4.— Con reacción de conversión: 7 casos.
5.— Con reacción ansiosa de matiz depresivo: 5 casos.
6.— Con reacción hipocondríaca: 1 caso.
7.— Con depresión situacional: 2 casos.
8.— Con tensiones emotivas por conflictos actuales: 5 casos.
9.— Con inmadurez emocional: 2 casos.
10.— Con labilidad a la sobrecarga emocional: 1 caso.
11.— Con impulsividad (distimias impulsivas): 6 casos.
12.— Con distimias exaltadas: 2 casos.
13.— Con estados disociativos de conciencia: 1 caso.
14.— Con embriagueces agitadas: 1 caso.
15.— Con estados alucinatorios episódicos: 1 caso.
16.— Con un brote psicótico paranoide: 1 caso.
17.— Con Personalidad Anormal: 2 casos.

VI.— OLIGOFRENIA (del tipo Debilidad Mental).

1.— Debilidad Mental con trastornos de conducta: 1 caso.

VII.— SINDROMES CEREBRALES CRONICOS.

Estos casos han resultado en realidad poco frecuentes en nuestra casuística debido al hecho de que la edad promedio de los pacientes de uno y otro sexo que se atienden en el Hospital del Tórax, se encuentra comprendida entre los 16 y los 50 años de edad, con predominio entre 25 y 40.

1.— Sindrome Cerebral crónico con ansiedad: 2 casos.
2.— Sindrome Cerebral crónico con adicción alcohólica como antecedente: 1 caso.

VIII.— DESORDENES REACTIVOS (con o sin fondo estructural neurótico): 224 casos.

Estos desórdenes reactivos, con o sin fondo estructural neurótico, resultaron los más numerosos, importantes e interesantes. Fueron en total 224, o sea 55.30% de los 405 casos estudiados.

A.— Reacciones Depresivas en las cuales predominaba el factor depresivo sobre el ansioso en su sintomatología clínica.

1.— Reacción depresivo-ansiosa con rasgos neuróticos del carácter: 32 casos.

2.— Reacción depresivo-ansiosa con neto predominio de la acción de la sobrecarga emocional situacional: 7 casos.

3.— Reacción depresivo-ansiosa con un fondo de personalidad asténica: 3 casos.

4.— Reacción depresivo-ansiosa de tipo endorreactivo: (evidencia clínica de factores endógenos): 4 casos.

5.— Reacción depresivo-ansiosa con antecedentes de adicción alcohólica: 2 casos.

6.— Reacción depresivo-ansiosa con antecedentes de suicidio (intento): 2 casos.

B.— Reacciones ansiosas o angustiosas con matiz depresivo más o menos evidente: 37 casos.

1.— Reacción ansiosa o angustiosa sobre un carácter de rasgos neuróticos más o menos evidentes: 31 casos.

2.— Reacción ansiosa o angustiosa inducida por el factor "Stress situacional" o vivencial: 2 casos.

3.— Reacción ansiosa o angustiosa por acción de una conflictiva actual desencadenante: 1 caso.

4.— Reacción ansiosa con matiz depresivo y manifestaciones conversivas concomitantes: 1 caso.

5.— Reacción ansiosa con desadaptación ambiental: 1 caso.

6.— Reacción ansiosa con antecedentes de traumatismo encefalocráneano grave: 1 caso.

C.— Reacciones Hipocondríacas: 6 casos.

Estos tuberculosos crónicos hospitalizados que exhibían reacciones hipocondríacas, se caracterizaban, desde el punto de vista sintoma-

tológico, por una actitud marcadamente quejumbrosa y asténica por parte del paciente, quien relataba en forma perseverativa una serie de molestias difusas, difíciles de localizar, aunque a veces se referían al tórax, molestias que ocupaban la atención de su Yo y lo impulsaban a buscar ayuda y comprensión.

1.— Reacción hipocondríaca sobre un carácter de rasgos neuróticos más o menos evidentes: 3 casos.

2.— Reacción hipocondríaca sobre una personalidad asténica de fondo: 2 casos.

3.— Reacción hipocondríaca por acción directa de la sobrecarga emocional situacional: 1 caso.

D.— Reacciones de angustia: 22 casos.

1.— Reacción de angustia sobre un carácter de rasgos neuróticos más o menos evidente: 15 casos.

2.— Reacción de angustia con trastornos de conducta de índole regresiva: 2 casos.

3.— Reacción de angustia con componentes conversivos concomitantes: 3 casos.

4.— Reacción de angustia con factores inherentes a la personalidad 2 casos.

E.— Reacciones conversivas (pitiáticas o histéricas): 22 casos.

1.— Reacciones de conversión sobre un carácter de rasgos neuróticos más o menos evidentes: 9 casos.

2.— Imsomnio psicógeno (como síntoma conversivo): 5 casos.

3.— Reacciones conversivas con ansiedad concomitante: 2 casos.

4.— Reacciones conversivas caracterizadas por crisis de disociación de la conciencia: 2 casos.

5.— Cefaleas psicógenas y otras cenestesias con el valor de síntomas de orden conversivo: 2 casos.

6.— Manifestaciones histéricas por "crisis": 1 caso.

7.— Manifestaciones histéricas por acción de la sobrecarga emocional situacional: 1 caso.

F.— Reacciones fóbicas: 2 casos.

En ellos predominaba este síntoma o manifestación psicopatológica dentro del cortejo sintomatológico del caso. Este tipo de desorden reactivo no ha resultado muy frecuente en nuestros tuberculosos cróni-

cos hospitalizados, al contrario de lo que podía esperarse, pues se trata de enfermos con amplísima sintomatología angustiante, como la hemoptisis, por ejemplo, frente a la cual podría resultar susceptible que se desarrollaran temores de tipo patológico.

G.— Descompensación emocional por acción directa de las vivencias actuales, con ansiedad por peligro evidente.

1.— Descompensaciones emocionales sobre un carácter de rasgos neuróticos o sobre una conflictiva sub-conciente demostrable desde el punto de vista clínico: 37 casos.

2.— Descompensación emocional derivada de la acción directa de una conflictiva actual evidente: 2 casos.

3.— Descompensación emocional por la acción directa de la sobrecarga emocional situacional: 25 casos.

4.— Descompensación emocional con importantes componentes de tipo psicofisiológicos (psicosomáticos): 9 casos.

5.— Descompensación emocional con ansiedad y manifestaciones conversivas concomitantes: 2 casos.

6.— Reacción ansiosa del tipo descompensación emocional con insomnio rebelde como síntoma llamativo: 1 caso.

7.— Reacción ansiosa del tipo descompensación emocional con trastornos de conducta concomitantes: 1 caso.

8.— Reacción ansiosa con bocio aparentemente normofuncionante: 1 caso.

9.— Reacción ansiosa con atresía cerebral y dislalia: 1 caso.

H.— Desajustes al ambiente hospitalario por la acción de factores de índole socio-cultural con ansiedad evidente y trastornos de conducta.

En este grupo de desórdenes reactivos hemos colocado aquellos casos de desajustes al ambiente hospitalario, en los cuales lo cultural y ancestral como factor pre-existente y de gran valor psicológico, parecía jugar papel importante en la psicogenia del desorden reactivo, desde que dicho factor constituye una estructura psicológica sui generis que choca con los factores inherentes al ambiente hospitalario y la situación peculiar actual del paciente, generándose entonces un conflicto cuya salida es también la angustia y los síntomas, cosa que hemos observado en nuestros tuberculosos crónicos con más frecuencia de lo que se cree, predominantemente en aquellos emigrados de nuestra serranía y selva.

1.— Por acción directa de la sobrecarga emocional situacional sobre un fondo socio-cultural de valor psicológico evidente: 3 casos.

2.— Desajustes al ambiente hospitalario con reacciones tipo negativismo y anorexia: 1 caso.

3.— Desajustes al ambiente hospitalario con conducta sociopática concomitante: 1 caso.

4.— Desajustes al ambiente hospitalario sobre un carácter de rasgos neuropáticos: 1 caso.

## COMENTARIO

Hemos dividido este comentario en los aspectos fundamentales siguientes:

A.— *Factores en la patogenia y psicogenia de nuestros casos.*

No difieren fundamentalmente en nada a los casos psiquiátricos de pacientes no tuberculosos crónicos. A través del estudio y la evaluación clínica, hemos constatado la importancia de los factores hereditarios, endógenos o predisponentes, importancia que variaba de un caso a otro; los factores determinantes o caracterológicos, con todo el valor de estructuras psicológicas previas o pre-existentes propias del paciente, generalmente del tipo neurótico, donde los principales problemas son los de orden afectivo-emocional y de la esfera de tendencias instintivas; los factores inherentes a la personalidad como estructura psicológica también previa y por lo tanto facilitadora o condicionadora; los factores del ambiente tanto del hospital como los relacionados a lo socio-cultural y ancestral del paciente, con todo el valor de un fondo psicológico también previo o pre-existente y por último los factores desencadenantes, que actuaban sobre todo este capital mental del paciente y que en el caso de nuestros tuberculosos crónicos merece comentario aparte en relación con la sobrecarga emocional y física situacional que a continuación exponemos.

B.— *Sobrecarga emocional situacional como factor vivencial.*

Este factor ha tenido gran importancia en nuestros casos y para comprender su valor y significado resulta imprescindible trazar un bos-

quejo del ambiente del Hospital de Tórax. Este ambiente tiene dos aspectos fundamentales: material y humano. El primero está dado por las características propia del hospital, el que a pesar de denominarse "Hospital de Tórax" conserva mucho de "Sanatorio" y gravita en la mente de los pacientes en el sentido de constituir "un asilo de crónicos o incurables", tornándolos pesimistas. Internamente, el hospital resulta monótomo, pues aparte de las prolongadas hospitalizaciones, a veces de 2 y 3 años, ya que las estancias no han podido ser acortadas en la magnitud que sería de desear, muchas veces faltan recursos materiales de tratamiento, esencialmente drogas, situación de la que los pacientes son plenamente conscientes. A esto cabe agregar la alimentación, que no es mejor por falta de recursos del erario, lo que ha traído y trae querellas por parte de los pacientes, quienes inclusive han hecho huelgas de protesta, mostrándose agresivos e irreductibles. También las largas horas de reposo obligado, pese a los esfuerzos realizados últimamente en laborterapia, tienden a agravar el tedio que experimentan los pacientes en tan dilatadas hospitalizaciones.

El segundo aspecto en relación al Hospital de Tórax, es muy importante, debido principalmente a las actitudes del personal encargado del tratamiento y asistencia. Los médicos tisiólogos suelen adoptar posturas frente a los enfermos no siempre adecuadas en el sentido de la comprensión y apoyo que requieren. Demuestran incomodidad ante las preguntas que les formulan, responden con evasivas y a veces titubean en los tratamientos, demostrando inseguridad, lo que es advertido por los pacientes e interpretado generalmente en sentido negativo, por ejemplo, como: "que su caso no tiene remedio" o "que no saben qué hacer ni como tratar su caso", o, por último, que "no se hace con ellos lo que debería hacerse para recuperar su salud", todo lo que hace más oneroso el ambiente hospitalario, aumentando la preocupación y temores del paciente, que se siente frustrado por su propio médico.

El personal asistencial para-médico (enfermeras y auxiliares) sólo en contadas ocasiones está a tono con la real situación del Hospital de Tórax, en lo que al ambiente interno se refiere. Adoptan frente al paciente actitudes negativas o de reproche, demostrando escasa comprensión por los problemas de vida de los tuberculosos crónicos y, aunque directamente no lo digan, no por eso deja de ser percibida su mala disposición para los enfermos, quienes después se muestran quejosos ante tales situaciones.

C.— *Características sintomatológicas.*

La sintomatología clínica, desde el punto de vista psicopatológico, ha sido muy variada y compleja y en relación con todas las esferas psicológicas.

Con todo y ateniéndose a los casos seguidos y estudiados desde el punto de vista clínico, hemos constatado predominio de síntomas que implican compromiso de la esfera afectiva-emocional y por lo tanto de las tendencias instintivas, emergiendo en forma directa como angustia o bien en forma indirecta a través de una serie de manifestaciones en conexión con lo afectivo, las cuales han resultado variadas y complejas, así como muy amplias.

D.— *Patología mental hallada en orden de frecuencia.*

Existe un neto predominio de los Desórdenes Reactivos con o sin fondo estructural neurótico con 224 casos que representan 55.30% de los 405 estudiados en este trabajo, luego, los Disturbios Psicofisiológicos con 81 casos (20%) mientras que los demás desórdenes (psicóticos, personalidades anormales, epilepsia, crisis de pérdida del conocimiento de origen probablemente epiléptico o de fondo neurótico, síndromes cerebrales, etc.) representan en conjunto solamente 24.70% del total.

## CONCLUSIONES

El estudio clínico psiquiátrico efectuado en 405 tuberculosos crónicos hospitalizados, seguidos durante 2 años, permite llegar a las siguientes conclusiones:

1.— Nuestros tuberculosos crónicos, por el mismo hecho de su enfermedad y hospitalización prolongadas, viven en permanente situación de sobrecarga emocional, derivada de la sumación integrativa de múltiples vivencias de valor y significado psico-traumático, que obligan a su mente a la movilización de defensas psicológicas compensadoras que les permitan una adaptación más o menos aceptable al medio y a las circunstancias.

2.— Tal situación de sobrecarga emocional, tiene sin embargo, diferente significado y valor clínico, debido al hecho de representar un fenómeno circunstancial que gravita sobre un fondo mental ya pre-es-

tablecido o pre-existente, a lo que habría que agregar la diferencia de umbrales de resistencia psíquica de un sujeto a otro y la mayor o menor facilidad que puedan tener para manejar adecuadamente la experiencias stresantes.

3.— En lo que a los "Motivos" de la Consulta al Psiquiatra se refiere, nuestro estudio revela que ellos han sido variadísimos; pero tratando de encontrar lugares comunes, diremos que generalmente se ha solicitado la Consulta por la insistencia del paciente en determinadas manifestaciones calificadas de anormales o con el fin de encontrar la razón o causa de dichas manifestaciones anómalas. Otro hecho a tomarse en cuenta en los "Motivos" es el que se refiere al de una o mas manifestaciones llamativas por parte de los pacientes: "ataques", crisis histéricas, agitación, actos antisociales, etc.

4.— El estudio psicopatológico desde el punto de vista estrictamente fenomenológico, revela que los signos y síntomas psíquicos de nuestros tuberculosos crónicos hospitalizados son amplísimos, aunque existe evidente predominio de aquellos que implican compromiso en la esfera afectiva y de las tendencias instintivas, al parecer porque se trata de las dos esferas psíquicas que más en conflicto se encuentran en estos pacientes de acuerdo al estudio efectuado.

Tal vez lo más importante que se desprende del estudio psicopatológico efectuado es que no existe una psicopatología "propia" o "exclusiva" del tuberculoso crónico hospitalizado y que los signos y síntomas reveladores de su patología mental, no difieren mayormente de los que son susceptibles de encontrarse en otros pacientes no tuberculosos.

5.— El estudio amplio y exhaustivo de la casuística, en lo que a patogenia y psicogenia se refiere, nos ha puesto sobre la pista de que en cada caso observado con problemas psiquiátricos actúan muchos elementos de valor patogénico o psicogénico, que resulta indispensable tener en cuenta para una valorización diagnóstica y pronóstica adecuada. De este modo, hemos visto actuar factores de herencia, endógenos y de significado predisponente; factores determinantes o caracterológicos, de primerísima importancia en el caso de los desórdenes reactivos; factores de índole socio-cultural y ancestral que actúan como verdaderas estructuras psicológicas propias de los pacientes y, por último, los factores propios de la sobrecarga emocional que por su enfermedad y situación vivencian nuestros tuberculosos crónicos. Natu-

ralmente todos estos factores no actúan en un caso dado con igual penetrabilidad, significado e importancia, pero cada uno de ellos aporta algo desde el punto de vista clínico en la manifestación actual del desorden psíquico, de allí el por qué resulta indispensable tenerlos en cuenta en su justo valor para el diagnóstico preciso en cada caso.

6.— En la mayoría de nuestros casos la sobrecarga emocional situacional ha tenido un papel desencadenante de enorme valor, especialmente en aquellos de desórdenes reactivos, con o sin fondo estructural neurótico, en los que muchas veces ha jugado papel decisivo, sea por su acción per sé, o sea por su valor reactualizador de conflictos o problemas no resueltos por el individuo y que permanecían en forma latente a nivel subconciente y en precaria compensación psíquica. Así mismo, esta sobrecarga resulta menos importante o notoria en algunos casos en los cuales existe neto predominio de factores hereditarios, endógenos o predisponentes, en los cuales el cuadro clínico resulta desvinculado de la situación de Stress emocional del paciente.

7.— La Patología Mental hallada guarda relación porcentual con la encontrada en la población general, en el sentido del predominio de los desórdenes reactivos con o sin fondo estructural neurótico, siendo en cambio más escasas las psicosis y los problemas de personalidad, así como la epilepsia.

## SUMMARY

The author presents a psychiatric study of 405 cases of chronic tuberculouses with mental or emotional problems. The method followed has been the clinic study of the cases in an integrative sense, valorizing all facts on play and their importance.

He performs the study on the psychological meaning of the vivences of the chronic tuberculous hospitalized, those who, in his opinion, represent "situational-emotional surcharge" (stress) which gravitates in different way depending on the patient to treat.

He analyses the "Causes of the Psychiatric Consultation" that allow him to state positively the mastery of the affectionate-emotional pathology in these patients.

The psychopathologic discoveries confirm, amply, the mastery of the signs and symptoms that depend of unbalanceness of the affectionate-emotional sphere in chronic tuberculouses hospitalized.

The makes the study of the cases in the casuist, dividing them in 8 subgroups resulting, the more frequent ones, the reactive disorders and the psychophysiological disorders as a whole, the 75.30% of all the cases studied.

He concludes stating positively the value of the situational-emotional surcharge (stress) as a burst out factor, following in importance the determinant factor with the value of the facilitator, specially in the psychophysiological and reactive disorders. He finishes refering to the complexity of the mental pathology of the chronic tuberculouses hospitalized, and the necessity of more studies in this regard.

## *BIBLIOGRAFIA*

1. ACEVEDO V., NESTOR: "Tuberculosis Pulmonar, Apreciaciones Psicosomáticas" en "Introducción a la Medicina Psicosomática", de Carlos Alberto Seguín, págs. 270-275. Imp. Gráfica T. Scheuch S. A., Lima-Perú, 1947. — 2. ACEVEDO V., NESTOR: "Algunos aspectos de la Tuberculosis a la luz de la llamada Medicina Psicosomática". Rev. de Tuberculosis, Año 8, págs. 56-67, 1948. — 3. ACEVEDO V., NESTOR: "Psicosomática de la Tuberculosis". Rev. de Tuberculosis, año 8, Nº 27, págs. 274-275, 1948. — 4. ACEVEDO V., NESTOR: "Psicoterapia en el tratamiento de las cavernas tuberculosas pulmonares", 5to. Congreso Nacional de Cirugía. Vol. 1, 1950. — 5. ACEVEDO V., NESTOR: "Algunos aspectos psicológicos en el Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar", 2do. Congreso Nacional de Tuberculosis, 18 a 22 de Abril, 1954, págs. 732-734. Lima-Perú. — 6. ACEVEDO V., NESTOR: "Algunas Reacciones Psiconeuróticas en el Tratamiento de las Tuberculosis". Inf. del Depto. de Broncopulmonares del Hospital Obrero de Lima, 1964. — 7. FENICHEL, OTTO: "La Teoría Psicoanalítica de las Neurosis", Edit. Nova, Buenos Aires, 1955. — 8. GUTIERREZ F., CARLOS: "Aspectos Psicológicos del Paciente Crónico". Bol. Cuerpo Médico del Hosp. de Tórax. Vol. 1, Nº 7-11, Agosto-Diciembre, 1963. — 9. GUTIERREZ F., CARLOS: "Actitudes en torno a la comida en Tuberculosos crónicos hospitalizados". Bol. del Hosp. de Tórax, Vol. 2, Nº 2. Parte II, Nov.-Dic., 1964. — 10. GUTIERREZ F., CARLOS: "Aspectos Asistenciales Psiquiátricos y de Higiene Mental en el Hospital de Tórax Bravo Chico". III Congreso Latino-Americano de Psiquiatría, Lima-Perú, Octubre, 1964. — 11. JASPERS, KARL: "Psicopatología General". Edit. A. Bini. y Cía. Buenos Aires 1955. — 12. JERI, RAUL: "Diagnóstico y tratamiento de las Depresiones en Medicina General". Rev. Psiq. Per. Vol. 4, Nos. 1-4, págs. 55-64, 1961. — 13. SAL Y ROSAS, FEDERICO: "Métodos de Diagnóstico de la Epilepsia", Rev. de la San. de Pol. Vol. 18, págs. 450-468, 1958. — 14. SEGUIN, CARLOS ALBERTO: "Psicogenia e Histeria". Rev. Neuro Psiq. T. IV, Nº 4, pág. 591. Dic. 1941. — 15. SEGUIN, CARLOS ALBERTO y MAVILA, CON-

SUELO: "Factores Sociales y enfermedades Nerviosas". Rev. Neuro Psiq. T. VIII Nº 4, págs. 576-577, 1945. — 16. SEGUIN, CARLOS ALBERTO: "Los mecanismos patogénicos psicosomáticos". Rev. Neuro Psiq. T. X. Nº 1, págs. 15-27, 1947. — 17. STEKEL WILHELM: "Estados nerviosos de Angustia y su tratamiento", Edic. Imán, Buenos Aires, 1924. — 18. SAVARESSE, JULIO: "Aspectos Psicológicos del Tuberculoso Pulmonar". Rev. Per. de Tuberculosis y Enf. Resp., Vol. XXIV, Nos. 58-59, Ene.-Dic., 1964.

# NEUROBLASTOMA: REVISION DE 20 CASOS*

NÉSTOR DAVID GARCÍA MORÁN

El Neuroblastoma es uno de los tumores malignos que se presentan con mayor frecuencia en los niños, después del tumor de Wilm's; además de su incidencia, la evolución, remisiones espontáneas que han sido observadas, así como las dificultades que a veces se presentan para su diagnóstico y particularmente los adelantos logrados en los últimos años en el tratamiento, constituyen una serie de aspectos importantes que requieren cuidadoso análisis y evaluación.

Las circunstancias de haber estudiado personalmente dos casos de Neuroblastoma que se presentaron en el Hospital Militar Central, durante el tiempo de mi internado, me ha decidido a revisar la casuística observada en nuestro medio y a efectuar un estudio bibliográfico tan completo como nos ha sido posible.

La expresión estadística de los procesos tumorales en nuestro medio se encuentra un tanto distorsionada cuando se trata de tumores en niños, debido a la marcada prevalencia de enfermedades infecciosas que aquejan a la infancia en el Perú, que como es sabido, se debe a su vez, al complejo problema socioeconómico que vive el País. Sin duda este hecho ha determinado, según Boisset (11) "Que aún los Pediatras tengan poca experiencia en la Patología Tumoral Infantil".

Es por eso que la divulgación de este tipo de Patología tumoral adquiere importancia en nuestro medio mucho más si se tiene en cuenta que: "La ayuda más valiosa que puede tener el Pediatra, es el conocimiento de los tumores más frecuentes y la historia natural de su evolución", Campos Rey de Castro (18).

---

* Resumen de la tesis presentada para optar el grado de Bachiller en Medicina en Noviembre de 1965.

Por las consideraciones antes mencionadas, expondremos, sucesivamente el material y métodos empleados en este estudio, una revisión bibliográfica completa así como los comentarios y conclusiones importantes que nos han sugerido este estudio. En un apéndice final exponemos un resumen de las historias clínicas, base para la realización del presente trabajo.

## MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se ha efectuado investigando la incidencia del Neuroblastoma en los principales Centros Hospitalarios de Lima. Habiéndose recolectado la siguiente casuística:

| **Procedencia** | **Años Comprendidos** | **Nº de casos** | **Historias revisadas** |
|---|---|---|---|
| Hospital Militar Central | Hasta 1965 | 3 | 3 |
| Hospital del Niño, de Lima | 1950 - 65 | 18 | 12 |
| Instituto Nac. de Enf. Neoplásicas | 1952 - 65 | 18 | 4 |
| Hospital Arzobispo Loayza | 1949 - 65 | 5 | 4 |
| Hospital 2 de Mayo | 1946 - 55 | 6 | 5 |
| **Total** | | 50 | 28 |

Todos los casos fueron diagnósticados histopatológicamente ya sea como hallazgo de necropsia, exploración quirúrgica o por biopsia dirigida. En 2 casos que no se pudo determinar el origen del tumor, las lesiones metastásicas fueron características como para efectuar al diagnóstico veraz.

Hemos revisado ciertos exámenes auxiliares que nos permitan corroborar el diagnóstico, tales como: análisis hematológicos de rutina y especializados, estudios radiológicos simples, urografías excretorias, exámenes de médula ósea, biopsias u otros exámes en relación con el cuadro clínico presentado por el tumor.

En la primera parte del trabajo se presenta la revisión bibliográfica y comentario referente a la historia natural, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en comparación con los hallazgos efectuados

por los diferentes autores. También adjuntamos las gráficas y fotografías referentes a los casos especialmente estudiados.

Finalmente presentamos un resumen adecuado de nuestra casuística, habiéndose recolectado 6 casos de publicaciones en revistas Peruanas (63) (99) y 14 casos de los diferentes hospitales de Lima como la bibliografía consultada para la elaboración de este trabajo.

## GENERALIDADES

El Neuroblastoma ha sido descrito con los nombres de: Sarcoma de Glándula Adrenal, Simpáticoblastoma y Neuroblastoma Simpático. Es un tumor maligno frecuente en los dos primeros años de vida (11) (17) (18) (41). Es muy raro hallarlo después de la adolescencia, aunque puede presentarse también en la edad adulta (26) (98) (104).

Se origina de células nerviosas simpáticas embrionarias localizadas en la médula suprarrenal, cadena simpática paravertebral y de los plexos nerviosos adyacentes.

Willis (104) señala que para llegar al exacto conocimiento de la identidad de este tumor se pasó por 3 períodos: En el primero no se le pudo identificar como células simpático blásticas, pero su naturaleza tumoral semejante a las células sarcomatosas. En el segundo período se señaló la presencia de "glías" y en el tercer período se demostró su morfología nerviosa.

Fue descrito por Morgas (1879) como "Sarcoma de Cápsula Suprarrenal Izquierda" en un lactante de 9 meses. Abercrombie (1880) lo describió en una niña de 4 años como "Sarcoma Múltiple de Cráneo". Parker (1880) como "Sarcoma Congénito de Hígado". Moore (1885) descubre la presencia de "glías". Chaffey (1885) y Dalton (1885) describen las típicas "rosetas". Marchand (1891) reconoce la verdadera naturaleza del tumor. Pepper (1901) señalaba que los tumores adrenales del lado derecho producían metástasis frecuentes al hígado y ganglios linfáticos abdominales. Hutchinson (1907) manifestaba que los tumores de médula suprarrenal izquierda producían especialmente metástasis óseas y pulmonares. Wright (1910) estableció que estos tumores se originaban de células neuroblásticas simpáticas. Landau (1913) señaló que el grado de malignidad del Neuroblastoma estaba en relación con su diferenciación histológica. Blumensaat (1928) dedica especial atención al estudio sobre su incidencia en adultos. Ma-

rray y Stout (73) señala que estas células podían cultivarse y desarrollar axones en el laboratorio dando así un paso importante para el diagnóstico precoz de este tumor.

## HISTOGENESIS

Como anteriormente hemos referido estos tumores se originan de concentraciones embrionarias de la médula suprarrenal y de la cadena simpática paravertebral.

Según Patten (77) estos órganos se derivan del ectodermo el cual engrosa para formar la Placa Neural la que se estratifica y se dobla formando el Canal Neural. Posteriormente aparece a cada lado, una faja longitudinal de células o Cresta Neural, que se extiende a lo largo de la Médula Espinal las que van a dar origen a dos tipos de células: a) Células Fijas que por alargamiento fusiforme de sus cuerpos van a formar los ganglios de las raíces espinales dorsales y b) Células Migratorias que siguiendo la raíz dorsal de los troncos nerviosos periféricos van a formar pares de racimos ganglionares situados en la región Dorsolateral anterior. Estas células que lo forman (Simpático gonias) van a diferenciarse y a seguir dos caminos, en primer lugar: hacia la formación de tejido simpático medular (Simpáticoblastos) y Ganglio Simpático paravertebral. En segundo lugar hacia la formación de tejido Cromafin de naturaleza endocrina que se tiñen de pardo cuando son coloreados con sales de cromo (Feocromoblastos).

## NOMENCLATURA Y CLASIFICACION

La antigua clasificación clínico-patológico que los dividía en: tipos Pepper, Hutchinson y Goldzieher (68) es insostenible por lo que actualmente se les divide en tres tipos (26) (43), de acuerdo a su diferenciación embriológica a partir de las células migratorias o simpaticogonias, las que en este estadio pueden originar el Simpaticogonioma, siendo en consecuencia el tumor más indiferenciado, maligno y que no forma "rosetas" (11) (98). El segundo tipo histológico es el Neuroblastoma o Simpaticoblastoma, tumor más diferenciado que el anterior maligno y que presenta generalmente "rosetas". Por último tenemos el Ganglioneuroma tumor benigno constituído por células ganglionares

adultas. Dargeón (26) señala que puede existir un tumor denominado Ganglio-neuroblastoma el que presenta signos histológicos de diferenciación. Potter (82) los designa con el nombre de tumores mixtos.

## LUGARES DE ORIGEN

El Neuroblastoma primitivo se origina generalmente de la médula suprarrenal en la mayoría de los casos (26) (41) (52) (89) (105). Mientras que las otras localizaciones varían de acuerdo con los diferentes autores. Cuadro Nº 1 (Gráfica Nº 1).

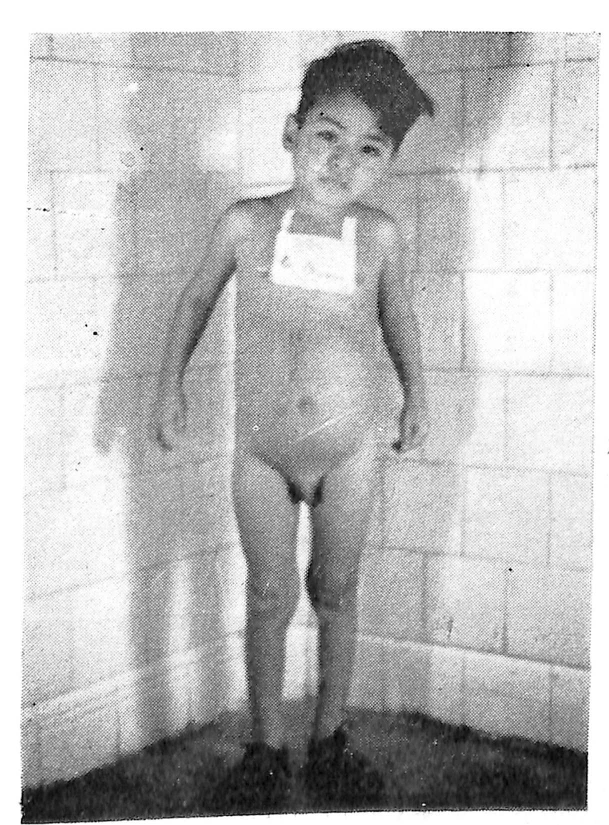


Fig. 1.— Caso. Neuroblastoma suprarrenal derecho. Niño de 5 años, mostrando considerable aumento del diámetro abdominal.

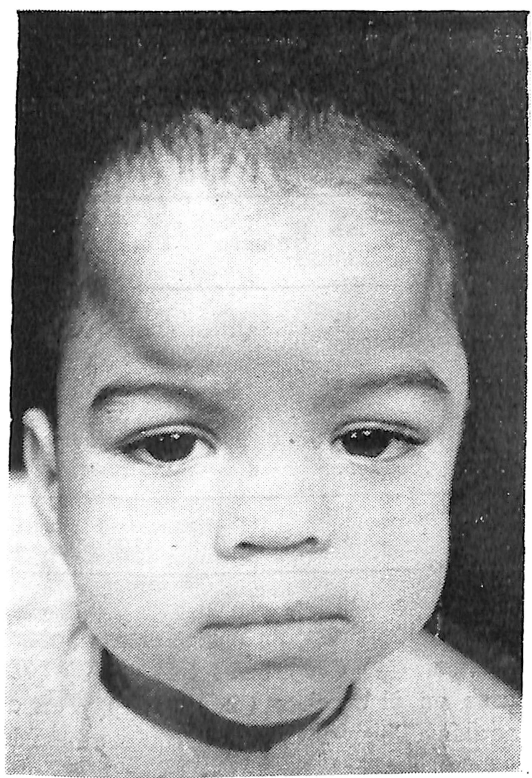
CUADRO Nº 1

**Casos de Neuroblastoma — Según región de origen. Algunos Hospitales de Lima.— 1950 - 1965**

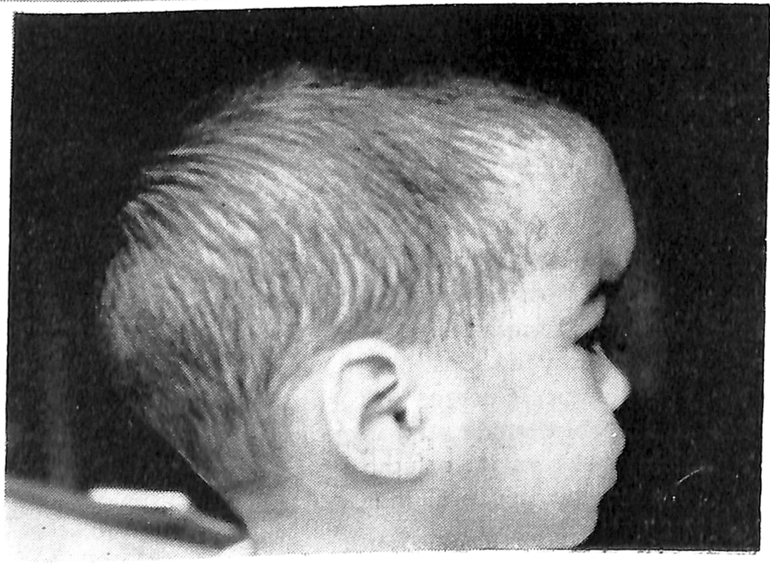
| Lugar de origen | H.M.C. | | Gross (41) | | Kincaid (52) | | Sherman (89) | | Witttemborg (105) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Abdomen | 23 | 52.2 | 64 | 57.0 | 25 | 75.0 | 25 | 50.0 | 54 | 74.0 |
| Pelvis | — | — | 7 | 7.0 | — | — | — | — | 6 | 8.0 |
| S.N.C. | 13 | 29.5 | 12 | 23.0 | — | — | — | — | — | — |
| Tórax | 2 | 4.5 | 5 | 5.0 | 3 | 9.0 | — | — | 5 | 7.0 |
| Cuello | 2 | 4.5 | 2 | 2.0 | — | — | 1 | 2.0 | 2 | 2.0 |
| Ojos | 2 | 4.5 | — | — | — | — | 4 | 8.0 | — | — |
| Desconocido | 2 | 4.5 | 6 | 6.0 | 5 | 16.0 | 20 | 36.0 | 6 | 8.0 |

Willis (104) halla que aproximadamente una tercera parte de los neuroblastomas eran de origen adrenal (afectando indistintamente el lado izquierdo o derecho), la otra tercera parte se originaban del Sistema Simpático abdómico-pélvico y el resto de la región cervical o mediastínica. Clark (22) señala que de 28 casos 10 correspondían a médula suprarrenal derecha, 14 a médula suprarrenal izquierda y 3 correspondían a ganglios simpáticos abdominales. Tressider (97) halló una mayor proporción en la médula suprarrenal derecha (21 41). El Memorial Center of Cáncer (1923-51) señala que de 53.1% de neuroblastomas intrabdominal, el 28.4% estaban localizados en la médula suprarrenal derecha, el 16% correspondía a médula suprarrenal izquierda el resto eran bilaterales u otras localizaciones.

De nuestros 23 casos de neuroblastomas intrabdominales hallamos la siguiente distribución resumidas en el Cuadro Nº 2 (Gráfica Nº 2).



Figs. 2, 3. Caso 1. Neuroblastoma Mediastinico con signos de Metástasis Oseas y Cerebrales. Niña de 2 años 4 meses, mostrando "tumoraciones" en los huesos del cráneo y aumento del perímetro cefálico.



CUADRO Nº 2

**Casos de Neuroblastoma — Según localización intrabdominal. Algunos Hospitales de Lima. 1950 - 1965**

| Localización | Número | Porcentajes |
|---|---|---|
| Suprarrenal Derecha .................... | 13 | 56.6% |
| Suprarrenal Izquierda ................... | 2 | 8.8 |
| Bilateral ............................... | 4 | 17.3 |
| Ganglios Simpáticos Abd. ............... | 4 | 17.3 |
| Total | 23 | 100 % |

En el tórax pueden localizarse en las diversas regiones mediastínicas y afectar el parenquina pulmonar (3) (16) (26) (44) (70) (75) (76). También pueden localizarse en el cerebro (26) (104) y en algún ganglio de los nervios craneales (26). Se ha descrito también localizaciones más raras: en fosas nasales Hostynl (46) y Michallen (72); en el epitelio olfatorio (Estesio-neuroblastoma) Reimschaneider (83) y en el tejido subcutáneo por Vigorelli (99). Beckwith (5) señala el término de Neuroblastoma "in situ" en ausencia de metástasis evidenies.

## FRECUENCIA

a) *Incidencias en relación con enfermedades neoplásicas en niños*: Es considerado por Dargeon (26) como un verdadero tejido cancerose. Phillips (80) encontró en 1954, 660 casos recopilados de la literatura. Campos Rey de Castro (18) halló de 922 neoplasias en niños 9 neuroblastomas. Cáceres (17) de 300 tumores malignos en niños halló 6 neuroblastomas suprarrenales y 17 del sistema nervioso central. Boisset (11) en un estudio hecho en el Hospital del Niño sobre 208 casos de tumores malignos halló 8 casos de neuroblastomas (cuadro Nº 3).

CUADRO Nº 3

**Porcentaje de Tumores Malignos habidos en el Hospital del Niño (1956-1961) y diversos Hospitales según Boisset: (11)**

| | H. del Niño Lima: 208 C. 1955-61 | | H.M. Arriarán Dr. Espinoza 10a.: 101 c. | | Memorial Center N.Y. 1926-56 1418 c. | | Uni. de Lieja Dr. Desaive 27a.: 133 c. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 1. Leucemias | 70 | 33.65 | | | 444 | 31.31 | 5 | 3.75 |
| 2. T. Intracraneanos | 38 | 18.26 | 10 | 9.9 | 14 | 0.98 | 19 | 14.28 |
| 3. Linfomas | 24 | 11.54 | 47 | 46.53 | 90 | 6.34 | 9 | 6.76 |
| 4. Retinoblastomas | 18 | 8.65 | 11 | 10.8 | 57 | 4.01 | 10 | 7.51 |
| 5. T. de Wilms | 14 | 6.73 | 5 | 4.95 | 93 | 6.55 | 18 | 13.53 |
| 6. Neuroblastomas | 8 | 3.84 | | | 171 | 12.05 | 1 | 0.75 |
| 7. Hepatoma | 8 | 3.84 | 4 | 3.96 | 7 | 0.49 | | |
| 8. Rabdomiosarcoma | 7 | 3.36 | | | 93 | 6:55 | | |
| 9. T. Oseos | 6 | 2.88 | 8 | 7.92 | 190 | 13.39 | | |
| 10. Carcinoma Embrionario de Testículo | 4 | 1.92 | 6 | 5.94 | | | | |
| 11. Otros T. Malignos | 11 | 5.28 | 10 | 9.90 | 259 | 18.26 | 71 | 53.38 |

b) *Distribución de acuerdo con la edad.*— La mayoría de autores concuerdan que es más común en los 2 primeros años de vida (11) (17) (18) (22) (26) (34) (41) (82) (105). Dargeon (26) halla que el grupo de edad más afectado es de 0 a 4 años (85 135 casos) Cochran (23) señala el 77% de sus casos de 1 a 5 años. Kincaid (52) refiere que la edad más afectada es de 0 a 6 años (21/32) casos. Clark (22) encuentra mayor incidencia en niños menores de 2 años (28 casos). King (53) señala que la mayor incidencia es de 0 a 2 años (19/28) casos. Observando que esta incidencia disminuye conforme aumenta la edad.

Dargeon (26) Evans (30) King (53) señalan la presencia de tumores neuroblastomatosos al nacer. Haber (42) publica un caso de neuroblastoma extra-adrenal congénito. Potter (82) cita el caso extraordinario en un feto de 1,385 gramos. En el cuadro Nº 4 se señala la distribución por edades de nuestra casuística (gráfica Nº 3).

CUADRO Nº 4

**Casos de Neuroblastoma — Por grupos de edad. Algunos Hospitales de Lima. 1950 - 1965**

| Grupos de edad | Nº de Casos | Porcentajes |
|---|---|---|
| — de 1 año ...................... | 5 | 12 |
| 1 a 4 " ........................ | 18 | 41 |
| 5 a 9 " ........................ | 12 | 27 |
| 10 a 14 " ........................ | 3 | 7 |
| 15 a 19 " ........................ | 1 | 2 |
| 20 a 24 " ........................ | 1 | 2 |
| 25 y más ........................ | 4 | 9 |
| Total | 44 | 100% |

c) *Distribución cronológica.*— Eguren (26) señala un caso de neuroblastoma del año de 1940-51 en el Hospital del Niño. Málaga, (66) encontró 4 casos de neuroblastomas en el Hospital del Niño entre los años de 1951-62. Boisset (11) halló 8 casos de neuroblastomas 1956-61. Nosotros hemos efectuado una revisión completa sobre su incidencia en el Hospital del Niño entre los años de 1950-Oct. de 1965 describe en el cuadro Nº 5, encontrando 18 casos.

CUADRO Nº 5

**Casos de Neuroblastomas — Según distribución por años Hospital del Niño de Lima, 1950 - 1965 (Octubre)**

| Años | Nº de Casos |
|---|---|
| 1950 .................................... | 1 |
| 1951 .................................... | 0 |
| 1952 .................................... | 2 |
| 1953 .................................... | 0 |

| Años | Nº de Casos |
|---|---|
| 1954 | 1 |
| 1955 | 1 |
| 1956 | 1 |
| 1957 | 1 |
| 1958 | 2 |
| 1959 | 0 |
| 1960 | 3 |
| 1961 | 0 |
| 1962 | 2 |
| 1963 | 1 |
| 1964 | 2 |
| 1965 (a Oct.) | 1 |
| Total | 18 |

d) *Distribución en adultos.*— La mayoría de los autores están de acuerdo que su incidencia es baja en adultos. Urteaga (98) halla 6 casos entre los años de 1946-55 en el Hospital del Dos de Mayo de Lima.

Siendo los únicos casos reportados en nuestra serie revisada. Además cita un caso de simpáticogonioma en un individuo de 45 años (Karsner 1950) y en 7 adultos por Schlumberg (1951).

e) *Incidencia familiar.*

Aunque hasta ahora no se ha demostrado que exista un factor familiar o hereditario en la génesis de estos tumores. Cochran (23) señala un caso en una hermana gemela monozigote. Kincaid (52) cita la presencia en un hermano gemelo. Charache (20) señala la presencia de este tumor en un gemelo negro monozigote y hace referencia de los hallazgos semejantes descritos por Macklin (1940). Willich (103) observó predisposición neuroblastomatosa en dos hijos de una paciente afecta a Ganglioneuroma. Nosotros en nuestra casuística revisada no hemos hallado ninguna de estas correlaciones.

f) *Distribución de acuerdo al sexo.*— Las diferencias en cuanto al sexo son escasas. Según la mayoría de los autores la proporción es casi igual, a pesar de que en algunas series la incidencia es mayor en el sexo masculino (26) (104). Nosotros a continuación en el Cuadro Nº 6 hemos resumido nuestros hallazgos en 44 pacientes habiendo obtenido un mayor porcentaje en el sexo masculino (59 %).

CUADRO Nº 6

**Casos de Neuroblastoma. Según distribución por sexo. (1950-65). Comparación de diversas series.**

| Autores | Total | | Sexo Masculino | | Sexo Femenino | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 1. Dargeon (26) | 135 | 100 | 67 | 49 | 68 | 51 |
| 2. Chapman (19) | 32 | 100 | 18 | 56 | 14 | 44 |
| 3. Clark (22) | 28 | 100 | 16 | 57 | 12 | 43 |
| 4. Kincaid (52) | 32 | 100 | 19 | 59 | 13 | 41 |
| 5. King (53) | 28 | 100 | 13 | 46 | 15 | 54 |
| 6. H.M.C. | 44 | 100 | 26 | 59 | 18 | 41 |

g) *Distribución de acuerdo a la raza.*— Los autores no han estudiado específicamente la relación que pueda existir entre la incidencia de neuroblastomas y la raza, las cifras que poseemos son de procedencia anglo-sajona en su mayoría así Dargeon (26) señala que 67 casos masculinos, 66 eran blancos y un caso de raza negra y de 68 casos femeninos 64 eran de raza blanca, 3 de raza negra y 1 caso de raza asiática. De los 6 casos en adultos que presenta Urteaga (98) 3 son de raza mestiza, 2 en raza amarilla y 1 en raza negra. Claro está que el número de casos no permite dar ningún valor estadístico a estas observaciones.

De la revisión efectuada de nuestra serie de 44 casos hemos hallado el mayor porcentaje en la raza mestiza (99%) con sólo un caso en la raza blanca.

## ANATOMIA PATOLOGICA

a) *Aspecto macroscópico.*— El neuroblastoma es un tumor encapsulado de crecimiento rápido, y marcada tendencia a diseminarse e invadir los órganos que lo rodean (11) (34) (41) (74) (89) (104).

El neuroblastoma de la médula suprarrenal generalmente es de tamaño pequeño (mientras esté encapsulado), aproximadamente de unos 10 cms. de diámetro (1). De color rosado-amarillo, superficie lisa o ligeramente ondulada, extremadamente vascularizado en su superficie, con el aspecto de "malla", y mostrando diversas zonas de necrosis y hemorragias (11) (26) (46).

Al corte se aprecia una consistencia blanda-carnosa. El parénquima es de color blanco-grisáceo o amarillo-rojizo, con extensos focos de necrosis y hemorragias entre los cuales se pueden observar algunas veces discretas zonas de calcificación (11) (13) (85).

b) *Examen microscópico.*— La estructura histológica del neuroblastoma se caracteriza, por la presencia de gran cantidad de células que forman "nidos o mantos", semejante a los linfocitos, que miden aproximadamente de 2-18 micras, de escaso citoplasma, núcleos redondeados hipercromáticos dispuestos en la periferia. Estas células tienen tendencia a agruparse en forma concéntrica alrededor de una cavidad central, hacia donde se dirigen las prolongaciones o fibrillas que tienen estos neuroblastos, visibles con coloración de plata y al microscopio electrónico (11) (98) (65).

Al disponerse así estas células adoptan estructuras denominadas "rosetas". Las que según Stowens (1957) afirma que sólo en un 15% pueden encontrarse en las muestras histológicas. El simpaticogonioma se caracteriza por no formar estas "rosetas" (11). Mientras que el ganglioneuroma recuerda una estructura histológica semejante al tejido simpático adulto. (98).

## DESARROLLO Y EVOLUCION

Como ya hemos manifestado son altamente malignos, de crecimiento rápido e invaden frecuentemente los órganos vecinos (11) (43) su extensión local a ganglio linfático es muy frecuente y cuando esto sucede en localizaciones intrabdominales puede llegar a tomar grandes dimensiones extendiéndose más allá de la línea media abdominal y producir múltiples metástasis (11) (41) Algunas veces son tumores pequeños y no pueden ser palpados, sin embargo, producen grandes metástasis (26) (41) (98). Otras veces son de gran tamaño y no se encuentran las metástasis esperadas (26) (41).

## METASTASIS

Pueden presentarse en forma temprana e invadir rápidamente los ganglios linfáticos regionales, hígado, huesos, médula ósea (11) (41) (57) (97) y menos frecuente al mediastino, cerebro, pulmones, bazo, corazón, ganglios de la región peri-aortica, cervicales, axilares, abdo-

CUADRO Nº 7

**Casos de Neuroblastomas: Según tipo de Metástasis. Agunos Hospitales de Lima (1950-65) y Diversos Autores**

| **Metástasis** | **H.M.C. (19) (20 c.)** | **Chapman (97) (33 c.)** | **Tressider (41 c.)** | **Gross (41) (44 c.)** | |
|---|---|---|---|---|---|
| Oseas (Cr. y Orb.) | 6 | 15 | 15 | | 22 |
| Hígado | 6 | 7 | 14 | | 7 |
| Nod. Linfáticos | 6 | 12 | 10 (Abdo) | Mediastino | 4 |
| Pulmones | 3 | 4 | 6 | Esq. y Medias. | 3 |
| S.N.C. | 2 | 4 | — | Higa. y Medias. | 3 |
| G. Mediastino | 8 | — | — | Higa y Esq. | 2 |
| Corazón | 2 | — | — | Hig. Esq. Med. | 1 |
| Riñón | 2 | — | — | Hig. y Piel | 1 |
| Ojos | 2 | — | — | Piel. Esq. Med. | 1 |
| Páncreas | 1 | — | — | | |
| Meninges | 1 | — | — | | |
| Bazo | 1 | — | — | | |
| | | Tej. Blandos: 11 | Otras Loc.: 10 | | |

minales y pelvianos. También se puede halar metástasis a testículos, estómago y tiroides (11) (26) (41) (43) (57) (97) (98). En el cuadro Nº 7 resumimos las metástasis neuroblastomatosas halladas en nuestra casuística revisada en comparación con otros autores.

Gross (41) señala que en un 60% de su casuística tenían metástasis al momento de su admisión. Nosotros en nuestra casuística efectuada hallamos que sólo el 30% de ellos tenían evidencias clínicas de metástasis al momento de la hospitalización.

a) *Metástasis hepática.*— Willis (104) las describe de dos formas: Por diseminación sanguínea, en la que se observan múltiples focos blanquecinos y hemorrágicos, de tamaño variable y confluente. La segunda forma es producida por invasión directa del hígado de los neuroblastomas suprarrenales derechos, observándose núcleos celulares más anaplásicos que en el tumor primario con zonas de necrosis y hemorragia y puede encontrarse en forma rara "rosetas". Nosotros hemos haliado 6 casos de metástasis hepática en pacientes con neuroblastoma suprarrenal derecho.

b) *Metástasis ósea.*— Son los más frecuentes, aunque en los primeros momentos no dan manifestaciones clínicas, pero que si se realiza un estudio radiológico minucioso y un examen de médula ósea, pueden determinarse metástasis precoces.

La diseminación a la médula ósea se realiza por vía sanguínea, desarrollándose en el hueso pequeños "nódulos blanquesinos" que carecen en forma difusa a través de los canales medulares y conductos de Havers, pudiendo llegar a la superficie ósea y adquirir una forma fusiforme (22) (104). También puede haber extensión de estas lesiones a los tejidos blandos vecinos y presentarse como "deformaciones o tumoraciones" a nivel de los huesos afectados, en algunas oportunidades pueden afectar la región periorbitaria y simular el Sindrome de Hutchison (49) (78) y (79).

Microscópicamente rara vez se encuentra "rosetas o fibrillas" sólo se aprecia como "células tumorales redondeadas", que pueden hacer pensar que se trate de un Sarcoma de Ewing.

Frecuentemente el compromiso es de más de 1 hueso y bilateral (52) (98) (104). De las 20 historias revisadas hemos hallado 6 casos de metástasis ósea, de ellos 3 tenían metástasis combinadas de cráneo, pelvis y miembros inferiores (fémur y tibia), dos presentaban metástasis costo-vertebrales y un caso sólo al fémur. De las metásta-

sis craneales los huesos parietales fueron los más afectados (3 casos) y sólo en un caso hubo compromiso extenso de los huesos de la cara. Las lesiones óseas en pelvis se hallaron en dos casos, mientras que en los miembros inferiores se afectó especialmente el fémur (4 casos) y la tibia (2 casos), cuadro Nº 8.

CUADRO Nº 8

**Casos de Neuroblastoma.— Según tipo de Metástasis Osea. Algunos Hospitales de Lima (1950-65) y diversos autores**

| Huesos | Sherman (89) | Kincaid (52) | H.M.C. |
|---|---|---|---|
| Fémur | 26 | 7 | 4 |
| Húmero | 12 | 8 | — |
| Pelvis | 11 | 5 | 2 |
| Cráneo | 11 | 10 | 3 |
| Tibia | 8 | 4 | 2 |
| Costilla | 7 | 3 | 2 |
| Escápula | 6 | 4 | — |
| Radio | 6 | 2 | — |
| Vértebra | 6 | 1 | 2 |
| Cúbito | 4 | 2 | — |
| Clavícula | 4 | 1 | — |
| Peroné | 3 | 2 | — |

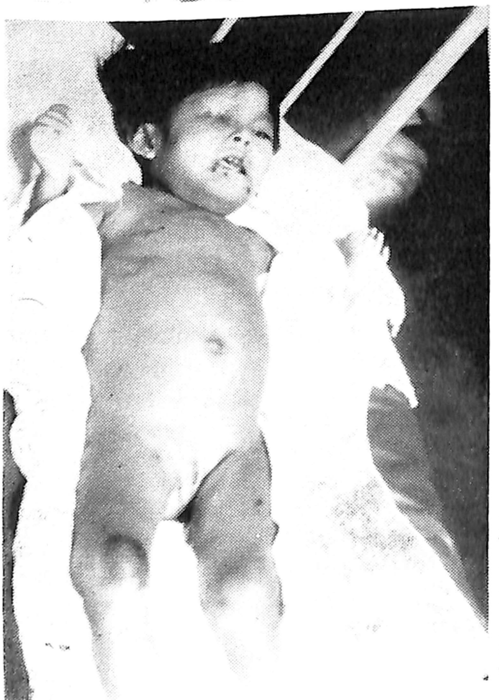
Estas lesiones eran de tipo bilateral. Sólo en 3 casos hemos podido comprobar por examen de médula ósea la presencia de células tumorales en ésta.

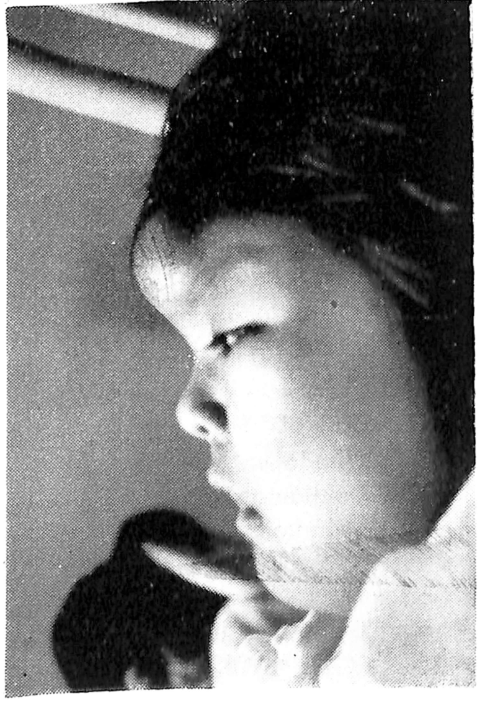
c) *Metástasis a ganglios linfáticos.*— El neuroblastoma da metástasis frecuentemente a ganglios linfáticos regionales y distantes. Harrison, (43) señala que una 1/4 parte de los casos se acompaña de linfo-adenopatía generalizada, por lo general en el último estadío de la enfermedad, salvo que se localice en zonas ganglionares accesibles (cervical, axilar o inguinal).

A menudo se les encuentra como una "tumoración" de tamaño variable, blandos, dolorosos y adheridos a planos profundos, con discreto empastamiento. Al examen microscópico se puede hallar muchas veces las "rosetas" infiltrando el ganglio en forma discreta (43) (98) (104).



Figs. 4, 5, 6.— Caso 3. Neuroblastoma en una niña de 4 años mostrando considerable metástasis óseas, diseminadas a cerebro y ojos, pudiendo verse tumoraciones en la región frontal, maxilar inferior y cara interna del 1/3 inferior de ambas piernas.





En nuestra casuística, hallamos 6 casos con metástasis a ganglios linfáticos regionales y 8 a ganglios mediastínicos. Cuadro Nº 7.

d) *Metástasis Pulmonares.*— El desarrollo de metástasis a los pulmones no es muy frecuente y generalmente se presenta asociado a localizaciones mediastínicas o cuando la enfermedad se ha diseminado en forma completa (11). Willis (104) refiere cuatro casos de múltiples metástasis pulmonares y cita dos casos hallados por Blacklock. Nosotros hemos hallado tres casos con metástasis discretas a pulmones.

e) *Metástasis a otros tejidos.*— Se han descrito metástasis aún más raras a cerebro, meninges, riñones, páncreas, ovarios, bazo, tejido subcutáneo (11) (69) (98) (99) (104).

Straus (92) reporta los primeros casos de metástasis placentaria de neuroblastoma fetal y cita los hallazgos por Horner, E. N. (1960) y de Freedman, W. L. (1960) de metástasis transplacentarios de la madre al feto.

## DIAGNOSTICO

a) *Hallazgos Clínicos.*— El neuroblastoma presenta gran variedad de signos y síntomas debido a sus diversas localizaciones y metástasis; además de manifestaciones generales de enfermedad neoplásica como son: astenia, anorexia, palidez, pérdida del peso y fiebre (11) (22) (27) (34) (43) (53) (59) (100).

Cuando este tumor se localiza en la región intrabdominal por lo general llama la atención a los padres y es motivo de consulta la presencia de una "tumoración" con aumento del diámetro abdominal, además de manifestaciones secundarias que suelen acompañarse como: dolor, náuseas, vómitos, constipación, retención urinaria parcial o total. (26) (63).

Cuando se localiza en la región mediastínico o pulmonar además de los síntomas generales de enfermedad suele acompañarsele de: náuseas, vómitos, disfagia, dísnea, cianosis, tos productiva u hemoptoica, dolor, signos de compresión mediastinal, ingurgitación venosa (edema en esclavina) y síntomas neurológicos que pueden variar desde la disminución de la sensibilidad hasta la paraplejia (3) (16) (44) (52) (75) (76) y (98).

Si existen metástasis óseas suelen observarse frecuentemente "tumoraciones o abombamientos" en la zona de los huesos afectados con reacción de los tejidos blandos vecinos. Algunas veces se suelen acompañar de dolores óseos y fiebre que puede simular un cuadro de fiebre reumática o pseudo-reumática (4) (57). Las metástasis cerebrales dan síntomas de hipertensión endocráneana, exoftalmus, ceguera, convulsiones, trastornos del equilibrio y de la motilidad (41) (52) (63) (103).

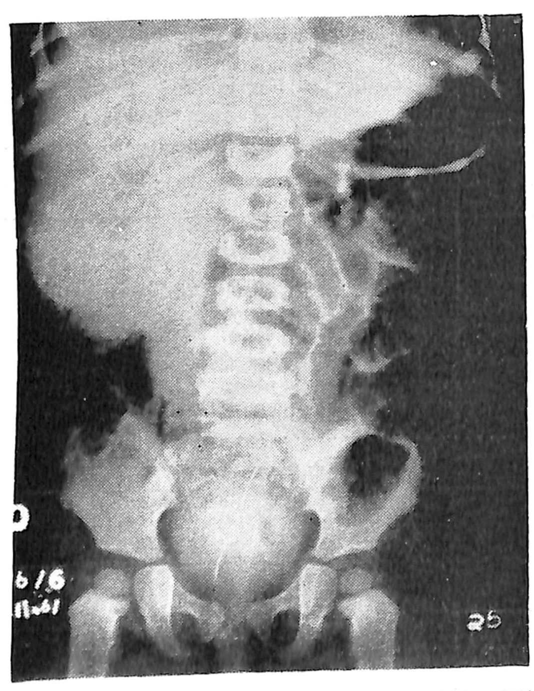



Fig. 7.—Caso 2. Pielografía excretoria. A los 25' muestra buena eliminación renal izquierda. No así en el lado derecho que se conserva ausencia de la eliminacción renal, por la presencia de una tumoración parcialmente calcificada que rechaza hacia abajo y afuera el parénquima renal.

Algunas veces se asocian con cuadros hemorrágicos o purpúricos cuando existen metástasis avanzadas de la médula ósea, hígado o bazo. (21) (26). Algunas veces el tumor puede tener acción adrenérgica e iniciarse con vómitos, sudoración profusa, taquicardia, desfalle-

cimiento miocárdico (63). Rara vez cursan con hipertensión arterial, Bretor (14).

La metástasis oculares producen frecuentemente exoftalmus, equimosis periorbitaria, ceguera y protusión ocular. A continuación haremos un cuadro comparativo sobre los síntomas que se presentan con mayor frecuencia al inicio de la enfermedad en nuestra casuística revisada. Cuadro Nº 9 gráfico Nº 4.

**CUADRO Nº 9**

**Casos de Neuroblastomas — Según síntomas y signos. Algunos Hospitales de Lima 1950-1965**

| Síntomas y signos | Nº de Casos | Porcentajes |
|---|---|---|
| Pérdida de peso | 21 | 75 |
| Tumor Abdominal | 18 | 64 |
| Astenia, Anorexia | 17 | 60 |
| Fiebre | 13 | 46 |
| Signos de anemia | 13 | 46 |
| Signos de Metástasis | 8 | 29 |
| Vómitos | 8 | 29 |
| Dolor Abdominal | 3 | 10 |
| Total | 28 | 100% |

b) *Hallazgos físicos.*— En la mayoría de los casos de neuroblastoma abdominal el examen físico cuidadoso puede descubrir "una masa tumoral" que en los primeros estadios de las enfermedades de forma, tamaño y localización variable, de superficie lisa, que posteriormente al desarrollarse atraviesa la línea media abdominal y se hace ligeramente nodular con infiltración de los órganos adyacentes. Las localizaciones con metástasis linfáticas y óseas se presentan como "tumoraciones" con reacción de los tejidos blandos adyacentes. El neuroblastoma toráxico puede acompañarse de disminución de vibraciones vocales y signos de derrame pleural (3) (98). El hallazgo de todos estos signos deben evaluarse adecuadamente y mediante la ayuda de los diferentes métodos auxiliares establecer el correcto diagnóstico.

c) *Datos del laboratorio.*— En la mayoría de los casos se acompañan de anemia moderada o severa, según el grado de infiltración de la médula ósea (anemia mielosítica). En algunos casos se puede encontrar moderada leucocitosis que simula procesos infecciosos agudos, debido al crecimiento rápido del tumor que determina necrosis y hemorragias de su parénquina (11) (41).

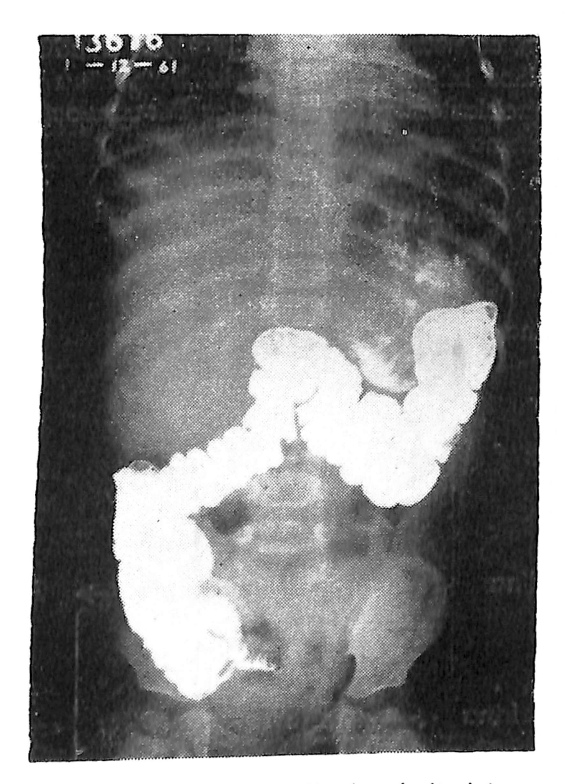
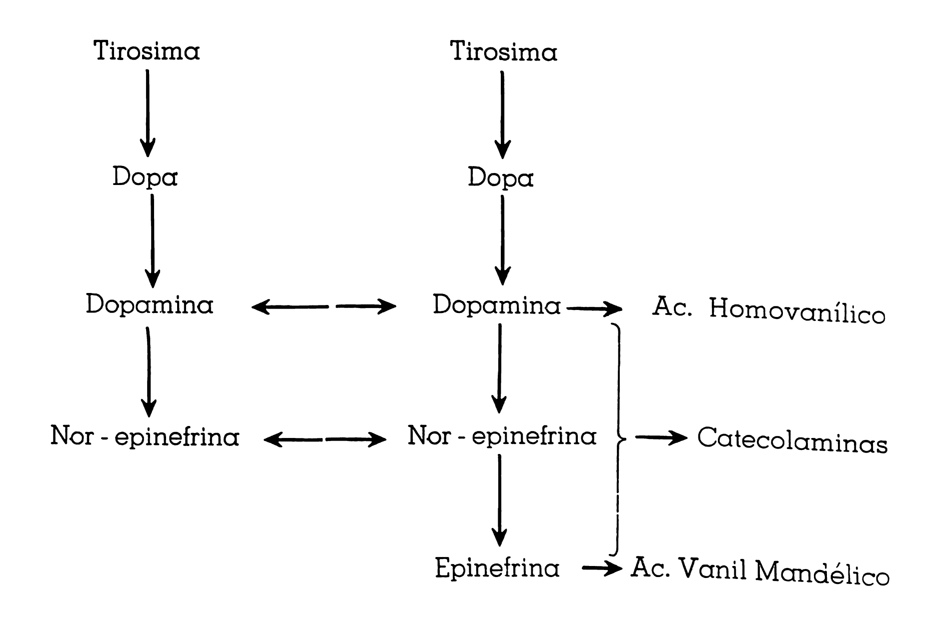



Fig. 8.— Caso. Radiografía de tránsito intestinal. Se observa el ángulo del colon bastante desplazado hacia abajo por una tumoración calcificada.

De la revisión efectuada de nuestra casuística hallamos 15 casos con anemia severa que variaban de 650,000 hematíes con 2.25 gr. de hemoglobina hasta cifras de 3'800,000 He. con 10.50 gr. de hemoglobina. Sólo en cinco casos encontramos cifras normales de Hematíes y hemoglobina.

En los estudios efectuados en pacientes con neuroblastomas por Masson (1957) y Slickler (1959) revelaron el aumento en la excreción de catecolaminas. Hallazgos que posteriormente se evaluaron, determinando que podían proporcionar pautas para el control de la evolución clínica y tratamiento de estos pacientes con el nombre de *Test Metabólicos*, (57) (102). Aunque se les considera a estos tumores como no-funcionantes debido a que tienen un origen embriológico semejante al tejido cromafin, se determinó que se hiciesen estudios sobre la excreción de metabolitos intermediarios de la Epinefrina y Nor-Epinefrina tanto en los neuroblastomas como en los Feocromocitomas, siguiendo el siguiente esquema enzimático (102):

Sistema nervioso simpático      Médula adrenal




Observando el esquema anterior se comprenderá que el Neuroblastoma por derivarse de S. Nervioso Simpático debería tener una excreción urinaria elevada del ácido Homovanílico (HVA). Y en el Feocromocitoma debería hallarse una mayor cantidad del Ac. Vanil Mandélico (VMA) en orina.

Estas hipótesis han sido confirmadas por recientes investigaciones efectuadas por Isaccs (49) Jacob (50) Studnitz (93) y Voorhes (100), quienes han demostrado una excresión urinaria anormal de catecolaminas, sus precursores y metabolitos en pacientes con neuroblastomas y ganglioneuroblastomas. Conjuntamente Sourkes (91) y Koop (57) señalan que controles seriados de estos compuestos han ayudado a

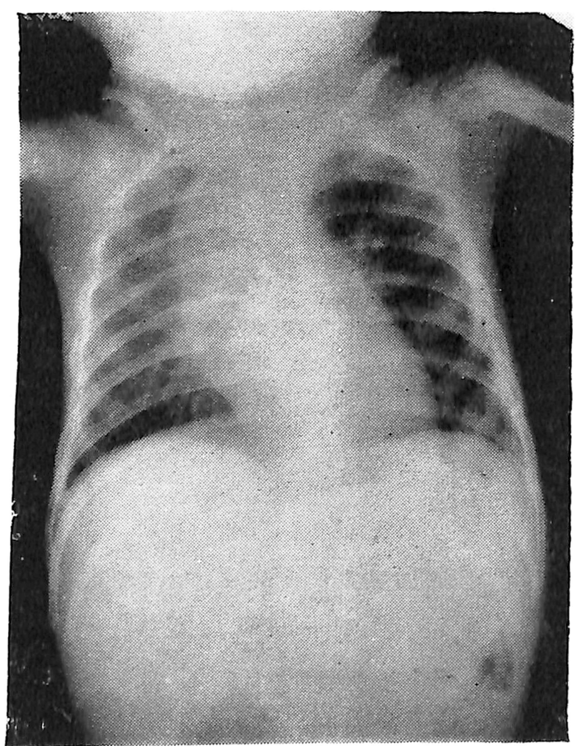


Fig. 9.— Caso 1. Radiografía del Tórax. Muestra la presencia de una tumoración que ocupa la región mediastínica posterior, aparentemente sin comprometer el parénquima pulmonar.

confirmar el diagnóstico, evaluar el "status clínico", como la efectividad del tratamiento. Observándose una disminución de las cifras de estos metabolitos en los períodos de remisión o tratamiento efectivo. Pero no se ha podido evaluar sobre la benignidad o malignidad de estos tumores mediante el dosaje de estas sustancias (57) (102). Gjes-

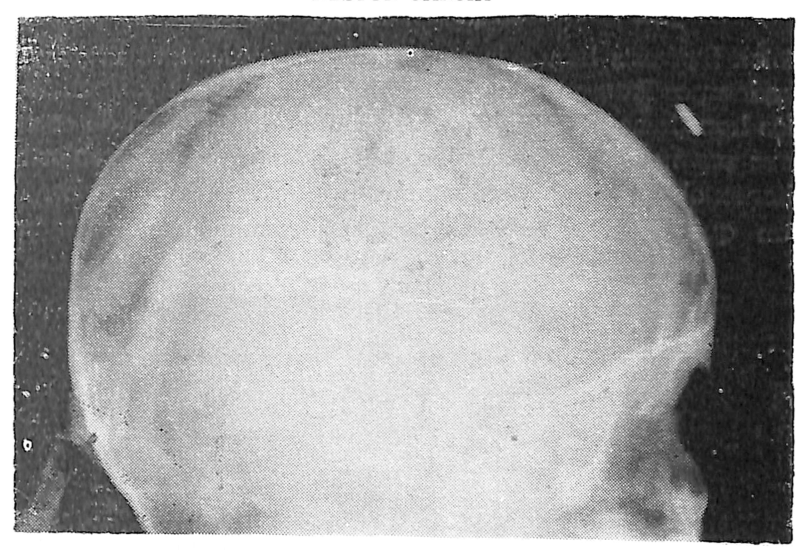


Fig. 10.— Caso 1. Radiografía tangencial de cráneo. Se observa aumento de las digitaciones óseas y zonas proliferativas periostales de los huesos frontal y parietal. Lesiones características de las metástasis óseas del del neuroblastoma.



Fig. 11.— Caso 2. Se observa al neuroblastoma suprarrenal como una tumoración redondeada de 8.5 x 9 x 8, encapsulada, de superficie ligeramente lobulada, surcada por regular cantidad de vasos sanguíneos de pequeño calibre. Además existen pequeños focos hemorrágicos y de necrosis.

sing (37) señala el aumento de los derivados del ácido pirúvico en pacientes con neuroblastomas y argentafinomas.

En nuestra casuística efectuamos dosajes de estos compuestos habiéndolos hallados elevados en dos casos de neuroblastomas metastásicos, no habiendo podido correlacionarlo con la efectividad del tratamiento o estadío clínico de la enfermedad.

d) *Diagnóstico radiológico.*— Felizmente el neuroblastoma suprarrenal puede ser descubierto por el examen radiográfico de abdomen, sospechándose por la presencia de una masa tumoral retroperitoneal que algunas veces presenta "calcinaciones" (1) (11) (22) (26) (67) (89). El empleo del retroneumo-peritoneo da resultados muy pobres para el diagnóstico, en cambio el empleo de la Tomografía y Nefrotomografía puede ser de gran ayuda (82).

La Pielografía excretoria es un procedimiento seguro y nos puede demostrar un desplazamiento latero-inferior del riñón con torsión antero-externa de la pelvis renal (22) (26) (41) (52) (97) (98), aunque no siempre se pueden visualizar estos signos (26) (51). De los exámenes efectuados por nosotros en doce pacientes encontramos ocho casos con lesiones radiológicas sospechosas de neuroblastomas, de ellos cuatro presentaban urografías excretorias sugestivas de esta patología. Cuadro Nº 10.

Las localizaciones intratoráxicas del neuroblastoma permiten observar al examen radiológico como una masa para-vertebral, bien circunscrita, esférica o lobulada, que produce aumento del espacio intercostal, desplazamiento del esófago y tráquea, algunas veces muestra derrame pleural y destrucción de costillas y vértebras adyacentes (3) (70).

Las lesiones radiológicos de las metástasis óseas son pequeñas, destructivas o proliferativas y algunas veces se observan marcadas osteoporosis, frecuentemente afectan varios huesos a la vez y en forma bilateral. También se observa reacción periostal en huesos largos y cráneo que se dispone en forma perpendicular y paralela como: "dientes de escobilla o espículas" (52) (89) (104). Las lesiones destructivas u osteolíticas de los huesos del cráneo y huesos largos semejan como: "agujero de pollilla" (34). Las lesiones en columna y pelvis generalmente son de tipo proliferativo o esclerosos, que en algunos casos pueden producir claudicación funcional o simular la enfermedad de Payet (41). Estos hallazgos se pueden corroborar por medio del estu-

dio de la médula ósea que revela la presencia de invasión masiva por células tumorales que algunas veces se disponen en forma de "roseta" (26). Clark (22) señala que sólo en el 40% de sus casos con metástasis óseas encontró positivo el examen de la médula ósea. En nuestra revisión efectuada en pacientes con metástasis óseas encontramos el 50% de los exámenes de médula ósea positivos.

Desde los estudios de Murray y Stout (73) se determinó que el cultivo de estos tejidos era excelente método para un rápido diagnóstico. Posteriores investigaciones de Cohen y Levi-Montalcini (24) (61) aislaron un factor de crecimiento nervioso en células de neuroblastomas, hallazgos que permiten interpretar mejor los probables factores que influyen en la maduración o larga supervivencia que presentan algunos pacientes.

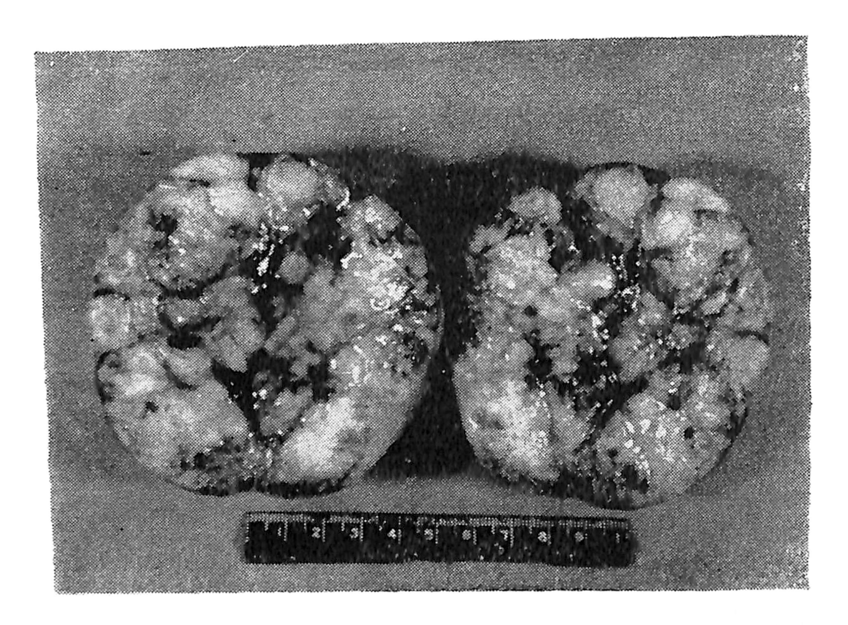
A continuación en el cuadro Nº 10 resumimos los resultados de los principales exámenes auxiliares efectuados.

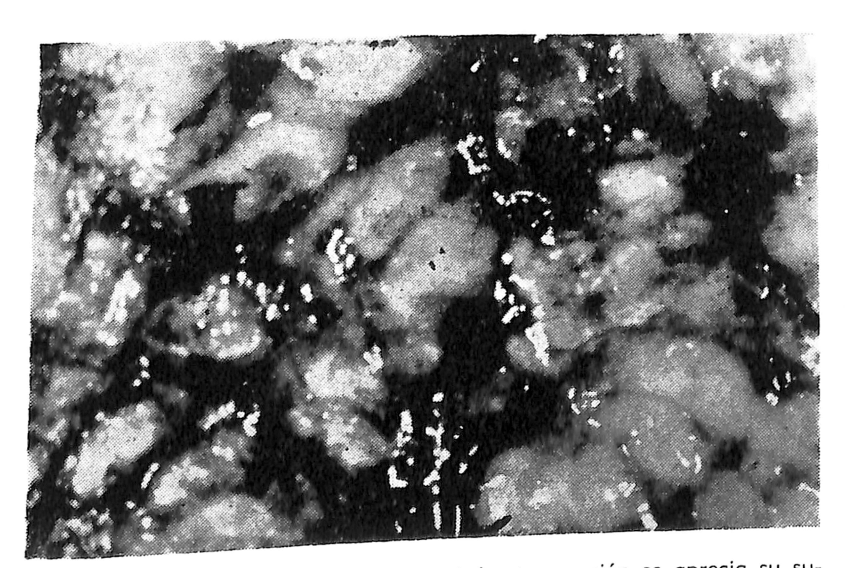
CUADRO Nº 10

**Casos de Neuroblastoma. Resultados de Exámenes Auxiliares Algunos Hospitales de Lima 1950-1965**

| **Exámenes Auxiliares** | | | **Hallazgos** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | | Nº | % |
| Hemograma | 20 | 100 | Normales | 5 | 25 |
| | | | Anemia | 15 | 75 |
| | | | Leucocitosis | 10 | 50 |
| Radiografía | 12 | 100 | Normales | 4 | 33.3 |
| | | | Patológicas | 8 | 66.6 |
| Urografía excretoria | 6 | 100 | Normal | 2 | 33.3 |
| | | | Calcificaciones | 2 | 33.3 |
| | | | Desplazamiento renal | 4 | 56.6 |
| Examen de médula ósea | 6 | 100 | Normal | 3 | 50.0 |
| | | | Metástasis | 3 | 50.0 |
| Biopsias | 17 | 100 | Positivas | 17 | 100 |
| Necropsias | 17 | 100 | Positivas | 11 | 100 |

| | | **Caso Nº 1** | **Caso Nº 2** |
|---|---|---|---|
| Dosaje de Catecolaminas | Dopamina | 1325 | 1304 (N: 250 mgr. en 24h.) |
| | Nor-adrenalina | 500 | 112 (N: 30 mgr. en 24h.) |
| | Ac. Mandelico | —— | 1542 (N: 2000 mgr. en 24h.) |



Figs. 12, 13.— Caso 2. Al corte de dicha tumoración se aprecia su superfiice de color blanco-amarillenta, con zonas congestivas y hemorrágicas, que delimitan una especie de lóbulos, de forma y tamaño diferente, con un punteado difuso de pequeñas calcificaciones.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Por ser esta entidad frecuentemente de difícil diagnóstico precoz, se hace necesario efectuar el diagnóstico diferencial con toda aquella patología que pueda confundir el diagnóstico.

1. *Embrioma del riñón.*

Su distribución en los niños es semejante a la del neuroblastoma, presentando poco compromiso del estado general. El crecimiento de esta tumoración no sobrepasa generalmente la línea media y presenta muy pocas veces calcificaciones. A diferencia del neuroblastoma la pielografía excretoria demuestra deformación intrínseca del riñón (11)

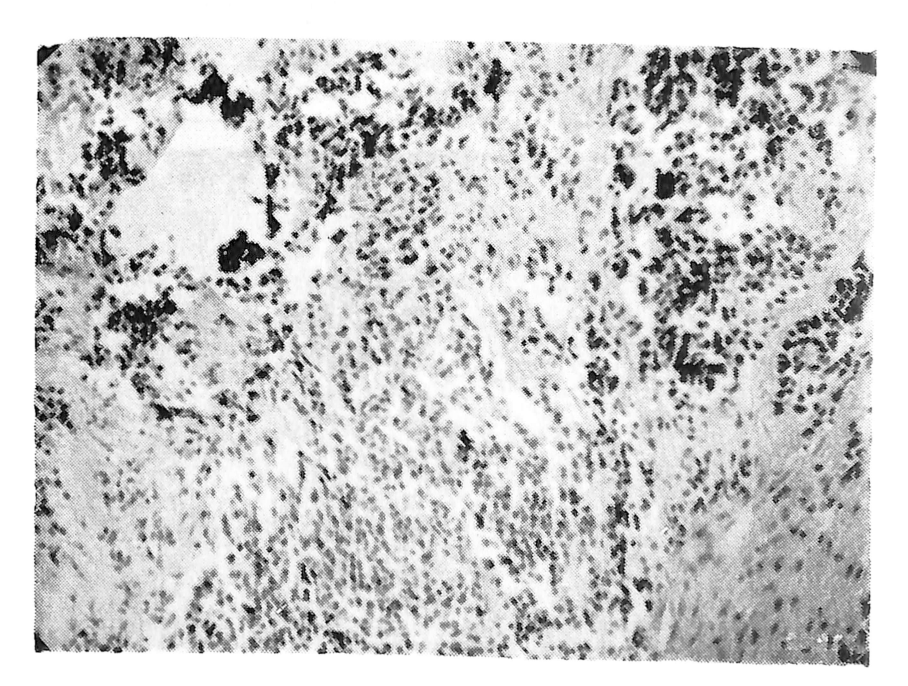


Fig. 14.— Caso 1. Biopsia de Cuero Cabelludo. Coloración: H. E. 100 x. Se aprecia infiltración difusa de células neoplásicas pequeñas, formando cordones o nódulos, con cierta tendencia a formar "pseudo-rosetas" en medio de un denso tejido fibroso.

(26) (41) (52) (82). Si existe metástasis óseas por lo general son lesiones de tipo osteolíticos y unilateral. En esta patología es frecuente las metástasis a pulmones lo que no sucede en lo casos de neuroblastomas.

2. *Cloroma.*

Es la Leucemia mielocítica aguda que produce equimosis y exofialmus semejante al neuroblastoma, presenta "tumoraciones" de coloración verdosa que se halian en el cráneo u otras regiones del organismo, muy dolorosas, que se asocian frecuentemente con un sindrome febril-hemorrágico y esplenomegalia. Las lesiones óseas que presentan son semejantes a la del neuroblastoma, observándose como "bandas radioluscentes transversales" osteolíticas cerca de las epífisis de los huesos largos. El examen de sangre periférica así como el estudio de la médula ósea es anormal y patognomónico, pudiendo aclarar el diagnóstico (52) (68) (82).

3. *Teratoma Retroperitoneal.*

Es un tumor quístico o sólido que puede localizarse en el abdomen, región paravertebral y que puede ser benigno o maligno. Su histología y crecimiento es semejante al embrioma renal. Es difícil de efectuar el diagnóstico diferencial con el neuroblastoma salvo que se haga una exploración quirúrgica y se tenga la comprobación histológica, pero frecuentemente estos tumores son más raros que el neuroblastoma (26) (41).

4. *Cromafinoma.*

Es un tumor ocasionalmente maligno, que generalmente se deriva de la médula suprarrenal o de otros tejidos simpáticos. Produce especialmente crisis paroxísticas de hipertensión arterial, trastornos epigástricos, excitabilidad, sudoración profusa, cefalea intensa debido al aumento excesivo de epinefrina y nor-epinefrina sanguínea circulante. El examen radiológico puede ser de gran ayuda en especial si se combina la urografía con un nefrotomograma, además se encuentran cifras excesivas de excreción urinarias de catecolaminas (26) (41) (43).

5. *Tumor de Ewing.*

Esta entidad produce lesiones óseas tumorales múltiples especialmente en niños mayores de 10 años semejantes a las metástasis óseas del neuroblastoma, con marcadas zonas de osteolisis y reacción periostal. Con la ayuda de la biopsia se puede efectuar el diagnóstico certero (26) (32) (41) (52) (89) (104).

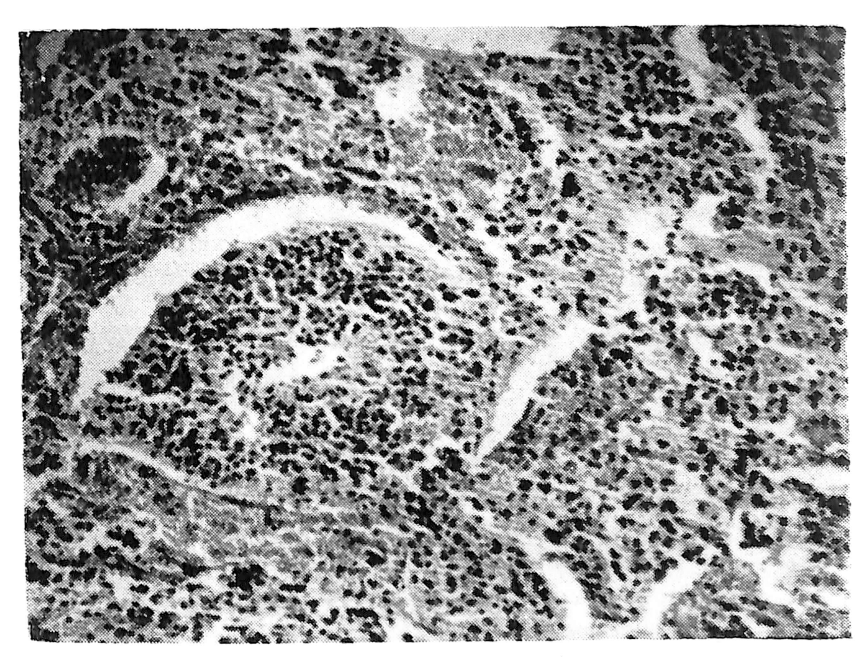


Fig. 15.— Caso 1. Biopsia de ganglio linfático axilar. Coloración: H. E. 100 x. La fotografía de un sector del ganglio linfático, se aprecia infiltración masiva de los senos linfáticos por células tumorales de núcleo pequeño, hipercromático uniforme, separado por delgadas bandas de tejido conjuntivo, con tendencia a formar "pseudo-rosetas". Además observan áreas de necrosis y hemorragia.

6.— *Retículo-endoteliosis.*

Aquí se agrupan a la enfermedad de Hans Schuller-Christian, que producen lesiones óseas algunas veces semejantes al neuroblastoma, pero es más frecuente en niños mayores de cinco años y al examen radiológico se observan en los huesos del cráneo zonas de osteolisis en forma de "carta geográfica" además de presentar: exoftalmus, diabetes insípida y defectos en los huesos membranosos. También se pue-

de efectuar el diagnóstico diferencial con el Granuloma Eosinófilo, que pueden semejar a las lesiones óseas del neuroblastoma en ausencia de tumoración abdominal. Igualmente puede efectuarse el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Letterer-Siwe, que se observa exclusivamente en la primera y segunda infancia y que presenta hepatomegalia, cuadro petequial-purpúrico, anemia, leucopenia, trombocitopenia y linfoadenopatía generalizada debido a las frecuentes metástasis linfáticas que producen esta enfermedad. Indudablemente que la biopsia, es un elemento de gran ayuda para el diagnóstico (26) (41) (46).

7. *Sífilis congénita.*

Los síntomas y signos que pueden confundir esta enfermedad con el neuroblastoma es la hipersensibilidad dolorosa que presentan a los huesos largos, seudo parálisis, tumoraciones a los huesos planos del cráneo, y algunas veces el examen radiológico demuestra lesiones osteolíticas o periostales semejantes al neuroblastomas. El diagnóstico se puede aclarar por las lesiones cutáneas características, rinitis, dientes de Hutchison, paladar ojival, tibia en sable, queratitis intersticial, serología positiva en sangre o líquido céfalo raquídeo y en algunos casos el hallazgo del Treponema Pallidum en el campo oscuro (43) (63).

8. *Otras Tumoraciones Suprarrenales.*

Algunas veces puede efectuarse el diagnóstico diferencial con hematomas de la cápsula suprarrenal en los recién nacidos. Con los quistes de la médula suprarrenal aunque no son frecuentes pueden presentar "calcificaciones". También con neoplasias de la corteza adrenal aunque su incidencia es más frecuente en adultos, presenta algunas veces una tumoración abdominal del tamaño variable, dolor abdominal, pérdida del peso y fiebre, manifestaciones que pueden confundir en algún momento con el neuroblastoma en adulto pero están asociados a trastornos endócrinos, Hipertensión arterial moderada y aumento de la osificación con excresiones urinaria de andrógenos, aumentada y además producen frecuentemente metástasis a los pulmones (41). En el cuadro Nº 11 se tratará de señalar las principales pautas para el Diagnóstico Diferencial del Neuroblastoma Suprarrenal con otras entidades (82).

CUADRO Nº 11

**Diagnóstico Diferencial del Neuroblastoma Suprarrenal**

| | Neuroblastoma | T. de Wilm's | Cloroma | T. de Ewing |
|---|---|---|---|---|
| Edad | 0 - 6 años | 0 - 9 años | 0 - 5 años | 5 - 25 años |
| Tumor Abdominal | Frecuente | Tumoración larga invariable | Hepato - espleno-megalia | No se presenta |
| Metástasis Orbitaria | Frecuente exoftalmus y equimosis | —— | Puede existir Exoftalmus y equimosis | —— |
| Alteraciones | Con destrucción y proliferación en H. No presenta largos y cráneo | No presenta | Cambios osteolíticos semejantes al Neuroblastoma | Produce cambios semejantes al Neuroblastoma |
| Pielografía Excretoria | Puede revelar tumoración extrínseca y deformación de calices | Revela tumoración intrínseca | Normal | Normal |
| Examen de Médula Osea | Siempre da el diagnóstico | Normal | Aumento de la Serie blanca | Puede semejar al Neuroblastoma |
| Respuesta a la Radioterapia | Responde inmediatamente | Tarda en responder | Responde inmediatamente. | Tarda en responder |

## TRATAMIENTO

Existe muchos métodos que han sido empleados en el tratamiento del Neuroblastoma, entre estos se incluyen la Cirugía, Radioterapia y Quimioterapia de acuerdo a la evolución clínica y metástasis que presenten estos pacientes. A continuación expondremos los hallazgos de estos principales métodos.

a) *Cirugía.* La resección del tumor primitivo aún cuando se descubra signos de Metástasis es capaz de controlar la evolución del tumor (41). Se observan resultados variables en cuando al tipo de in-

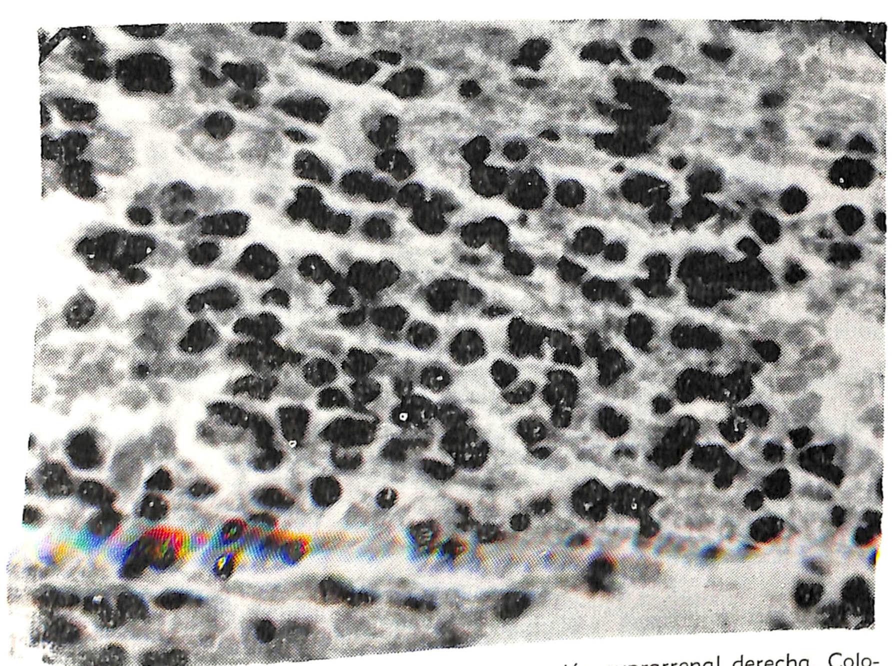


Fig. 16.— Caso 2. Examen histológico de tumoración suprarrenal derecha. Coloración: H. E. 450 x. Se cbservan células neoplásicas de núcleo pequeño hipercromático, escaso citoplasma y límites celulares poco definidos, con tendencia a agruparse alrededor de cavidad central. Existe zonas de necrosis y hemorragia.

tervención quirúrgica como de su combianción con la Radioterapia. Koop (57) señala que el mayor porcentaje de supervivencia estuvo en aquellos pacientes en que se les efectuó la resección completa del tumor más Radioterapia (18 casos de 31 supervivientes) King (53) ob-

tuvo un 70% de supervivencia en aquellos pacientes que fueron sometidos a resección más Radioterapia. Tressider (97) presenta dos casos de larga supervivencia en los cuales efectuó resección en block de la glándula adrenal y el riñón más radioterapia.

En nuestra casuística de 7 pacientes que fueron sometidos a tratamiento combinado de Cirugía y Radioterapia dos presentaron larga sobrevida. Cuadro Nº 12.

CUADRO Nº 12

**Casos de Neuroblastoma. Según el tratamiento y sobrevida. Algunos Hospitales de Lima. 1950 - 1965**

| | **Total** | | **Sobrevida** | | **No controlados** | | **Fallecidos** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** |
| No tratados | 11 | 42.2 | — | — | — | — | 11 | 42.2 |
| Tratamiento sintomático | 3 | 11.5 | — | — | — | — | 3 | 11.5 |
| Tratados: | 12 | 46.1 | 4 | 33.3 | 4 | 33.3 | 4 | 33.3 |
| Cirugía | 2 | 16.6 | — | — | — | — | 2 | 16.6 |
| Radioterapia | 2 | 16.6 | 1 | 8.3 | — | — | 1 | 8.3 |
| Cirugía-Radioterapia | 5 | 41.6 | 1 | 8.3 | 3 | 25.0 | 1 | 8.3 |
| Cir.-Rad.-Quimio. | 3 | 25.0 | 2 | 16.6 | 1 | 8.3 | — | — |

b) *Radioterapia.* Wyatt y Farber (35) fueron los primeros en indicar o señalar el valor de la administración de la Radioterapia en el tratamiento de estos tumores demostrando que son definidamente radiosensibles y potencialmente radiocurables. Aún en presencia de Metástasis viscerales se han reportado largos períodos de supervivencia (22) (26) (41) (52) (57) (88) (105). Willich (103) señala que debe aplicarse en el preoperatorio como en el post-operatorio para destruir las células Neuroblásticas adyacentes, con lo que se puede esperar mayores éxitos. Las dosis-tumor aconsejadas por los autores varían. Así

Gross (41) y Wittemborg (105) señalan una dosis total de 800-1200 r., Koop (57) y Phillips, señalan una dosis total que varía de 1,200 r. - 3,000 r. Seeman (88) cree que la dosis debe ser individual de acuerdo a la respuesta clínica y a la toxicidad, debido a que algunas veces se pueden presentar signos de:

Nefritis e insuficiencia renal con dosis no muy altas, depresión grave de la médula ósea cuando se cubre grandes zonas mielopoyéticas, afectar los núcleos de crecimiento óseo, escoliosis de la columna ver-

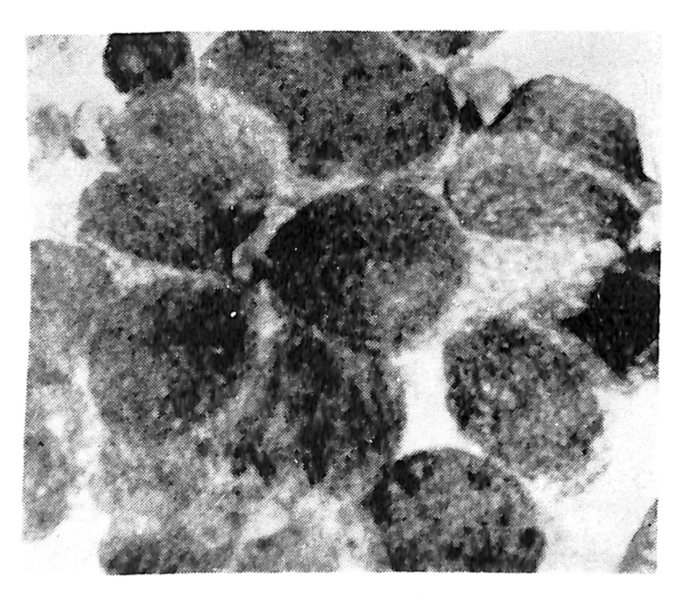
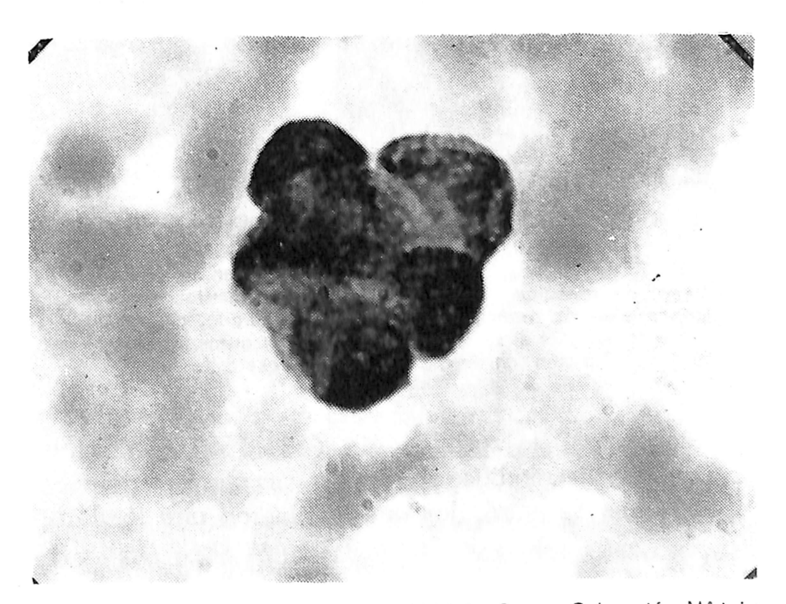


Fig. 17.— Tomada de Dargeon (26). Examen de Médula Osea. Se aprecian células tumorales ligeramente grandes, con núcleo de gran tamaño, denso y moteado, de escaso citoplasma. Que si se observan a mediano aumento se disponen en forma de "seudo-rosetas".

tebral o radionecrosis de costilla (41) (52) (53) (88). Rubin (86) halló sólo un caso de modificación de la curvatura vertebral en 30 niños de 2 a 8 años de edad, los que recibieron una total de 2,500 a 3,000 r.

De la revisión de nuestra casuística: de 7 pacientes que tuvieron tratamiento radioterápico sólo o combinado con cirugía se encontró: 5 casos depresión mediana de la médula ósea y alopecía en 2 de ellos.





Figs. 18, 19.— Caso 2. Biopsia Médula Osea. Coloración Wright 970 x. Se pueden observar cédulas tumorales semejantes a las anteriormente descritas que infiltran la médula ósea.

CUADRO Nº 13

**Toxicidad hallada en el tratamiento con Radioterapia y Quimioterapia (Endoxan) en 10 pacientes con Neuroblastoma Metastásico**

| **Mamifestaciones tóxicas** | **Radioterapia** | **Quimioterapia** |
|---|---|---|
| | **Nº de casos** | **Nº de casos** |
| Gastro-intestinales | | |
| Anorexia | — | 3 |
| Náuseas y vómitos | — | 3 |
| Diarreas | — | 1 |
| Depresión de la Médula Osea Leucopenia: | | |
| Mediana (3500-500 mm³) | 5 | 3 |
| Marcada (menos de 3500) | — | — |
| Trombocitopenia: | | |
| Mediana | 1 | 2 |
| Marcada (menos de 100,000) | — | — |
| Alopecía | 2 | 3 |

c) *Quimioterapia.* Se acepta actualmente que la Quimioterapia, es un importante coadyuvante en el tratamiento de los tumores infantiles especialmente cuando se combina con la cirugía y la radioterapia (28) (57).

Los compuestos que se emplean son capaces de inhibir el crecimiento tumoral como destruir la invasión de células malignas especialmente de la médula ósea:

1. *Agentes alquilantes.* $HN_2$. Mecloretamian (Mostaza Nitrogenada, Mustargen) son de uso endovenoso a dosis de 0.4 mg/Kg de peso en soluciones isotónicas. Produce rápida depresión de la médula ósea y necrosis local o tromboflebitis en casos de extravasación sanguínea.

2. *Ciclofosfamida.* (Endoxan) es un éster fosfamídico del $HN_2$ de potencia intermedia, produce muy buena respuesta en los casos de metástasis ósea, como disminución del tamaño tumoral. Además produce desaparición de síntomas subjetivos, aumento de peso y del apetito (55) (81) (87) (94) (95) (101).

La dosis de administración varía de 4 a 10 mg/Kg/d. pudiendo emplearse como tratamiento de ataque por vía endovenosa y posteriormente por vía oral como tratamiento de sostén a mitad de la dosis empleada por vía endovenosa. Deben efectuarse controles seriados hema-

tológicos procurando que la cifra de leucocitos se mantenga entre 2,000-3,000 por mm$^3$. Debiendo suspenderse su administración en forma momentánea en caso de que se presenten signos de toxicidad o en su defecto tratar de corregirlos con medicación sintomática (58).

De los 12 pacientes tratados en nuestra serie sólo 3 recibieron tratamiento quimioterápico especialmente combinado con cirugía radiote-

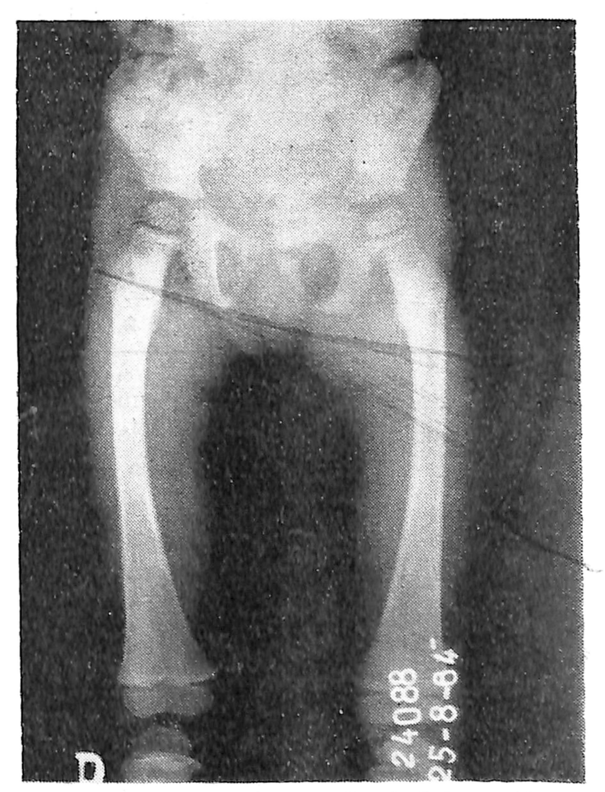



Fig. 20.— Caso 1. Radiografía de Pelvis y Miembros inferiores. Se observan lesiones de metástasis ósea del neuroblastoma, que afectan la pelvis, fémur y tibia, apreciándose pequeñas zonas osteolíticas y de osteoporosis. Igualmente se observa marcada periostitis en la diáfisis del fémur y tibia.

rapia de los cuales 2 pacientes tuvieron largo período de sobrevida y un paciente no pudo controlarse. Las principales manifestaciones tóxicas que presentaron a consecuencia de este tratamiento fueron: gas-

trointestinales (anorexia, náuseas, vómitos, diarrea), depresión de la médula ósea (leucopenia, trombocitopenia) y alopesía. (Cuadro Nº 13).

3. La Trietilenmelamina (TEM). Es menos tóxica que las anteriores y suele producir hiperuricemia con ligera depresión de la médula ósea. Su dosis de administración es de 0.5 - 3 mg/d. durante 3 a 4 semanas (26) (34).

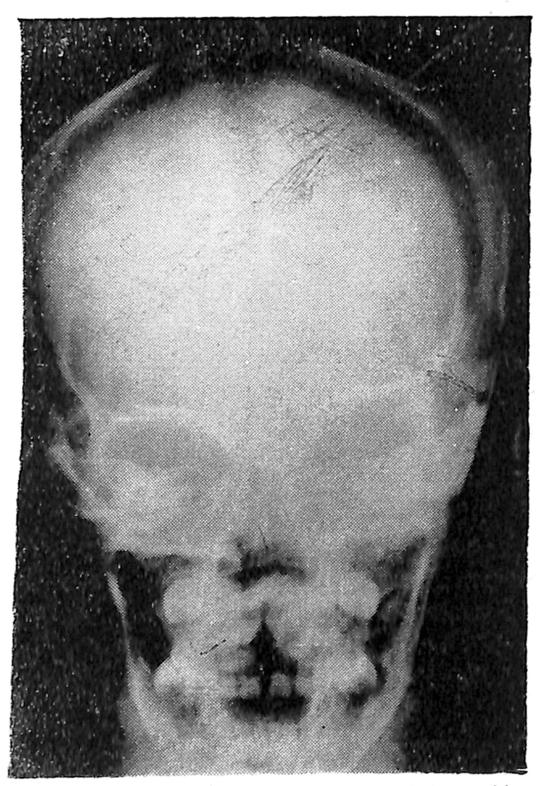


Fig. 21.— Caso 3. Radiografía del Cráneo. Metástasis óseas y cerebrales de neuroblastoma en la que se aprecia: diastasis de suturas, osteolisis del ala menor del esfenoides, cornetes y septum nasal. Además se observa finas "espiculas"' en todo el maxilar inferior.

También se han empleado otros compuestos como el Cromomycin $A_3$ (33), Vinblastine, Mitomicin C (45), Actinomicin D-y Fósforo$_{32}$ manifestando que tiene marcado efecto antitumoral y baja toxicidad (26) (96).

d) *Otros tratamientos.* Toxina de Cooley. (Combinación de Estreptococos y B. Prodigiosus). Se le empleó para el tratamiento del tumor de Ewing, Reticulosarcoma y Neuroblastoma, por medio de la Hipertermia que producía esta toxina, pero se obtuvieron resultados contradictorios y desalentadores quedando en desuso (28).

Vitamina B 12. Según Bodian (10) y Courtein (25) han obtenido

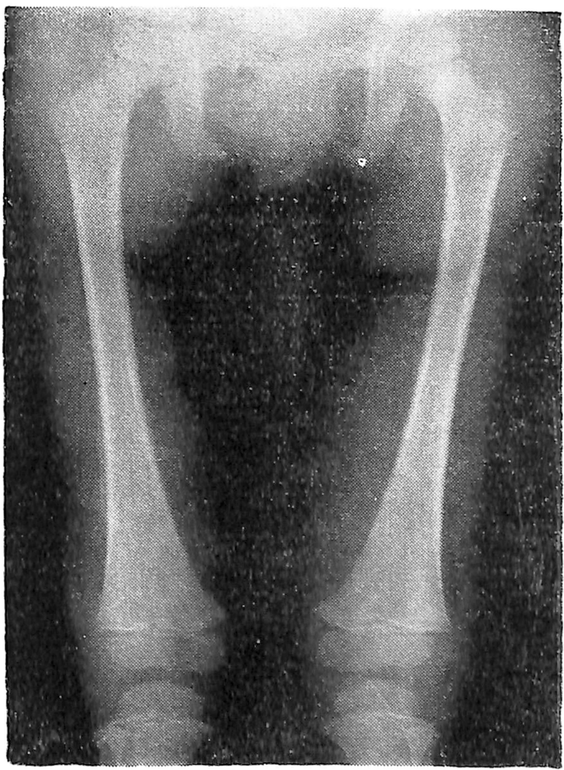
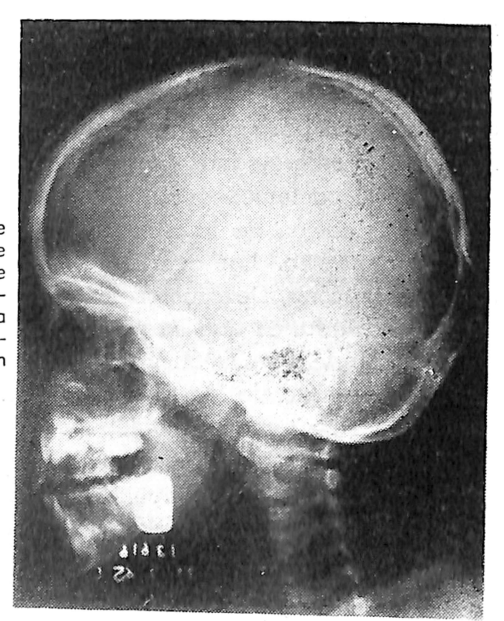
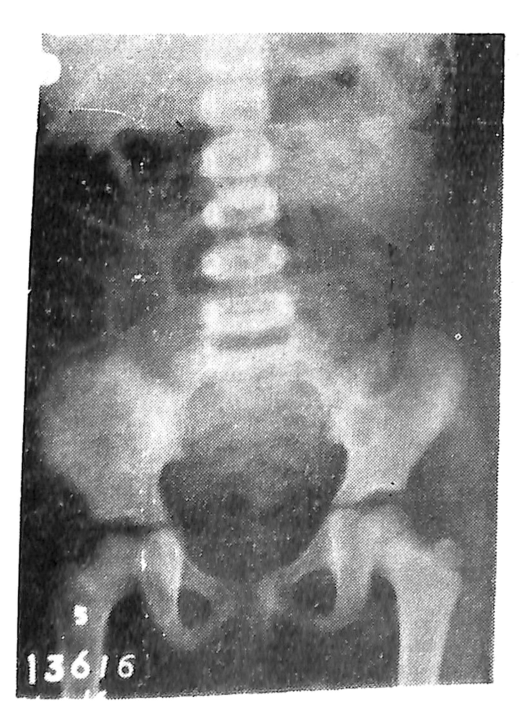


Fig. 22.— Caso 3. Radiografía de Pelvis y Miembros inferiores. Se observan imágenes de osteolisis y periostitis en el 1/3 medio en inferior de la diáfisis femoral derecha y 1/3 superior de diáfisis femoral izquierda. Además se observa imágenes "espiculares" radiadas en la cortical del lado externo del 1/3 inferior de la diáfisis femoral derecha.

buenos resultados en el tratamiento de los Neuroblastomas empleando dosis masivas de 1 mg. interdiario por 2 años. Estos resultados no han podido reproducirse por muchos autores, motivo por el cual no se le da



Figs. 23, 24.— Caso 2. Radiografía de Cráneo, Pelvis y Miembros Inferiores. Se puede observar lesiones metastásicas de osteolisis y osteoporosis en huesos: parietales, íleo-púbicos. En forma discreta en las epífisis inferiores del fémur y epífisis superior de tibia izquierda, con marcada reacción periostal.



mucho crédito en el tratamiento diario de este tumor (19 (37) (39) (45) (57) (96).

Corticoterapia. También se emplea esteroides Suprarrenales y ACTH especialmente para suprimir temporalmente los síntomas que acompañan a esta enfermedad: fiebre, dolor, sudoración y mejorar el estado general del paciente. Igualmente en aquellos pacientes que presentan intensa depresión de la medula ósea por el tratamiento Radioterápico o Quimioterápico. Las dosis de estos compuestos (Cortisona Hidrocortisona, Prednisona, Dexametasona) están sujetas a la edad, peso y a los efectos secundarios que se presentan por su administración (26) (36).

Ultimamente se están empleando Anabólicos con el deseo de acelerar la Pubertad de los niños e inducir de manera indirecta la maduración de este tumor, obteniéndose resultados discutidos.

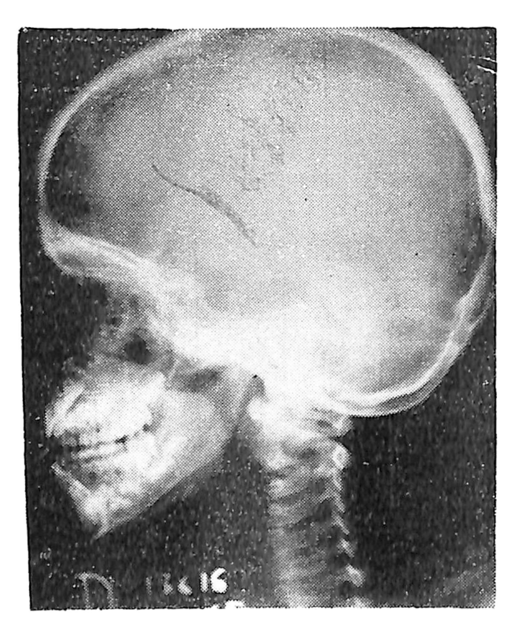
Williams (102) empleó en un paciente —alfa-metil-dopa— (Aldomet) por vía oral disminuyendo los valores altos de ácido Homovanílico y del ácido Vanil Mandélico pero sin obtener mejoría de su estado clínico, sugiriendo estos resultados que hubo inhibición temporal "in vivo" de la —Dopa Carboxilasa—.

De los 26 pacientes de nuestra casuística 18 de ellos recibieron tratamiento combinado (Cirugía-Radioterapia, Quimioterapia). Habiéndose obtenido 4 casos de larga sobrevida (33%), 4 no controlados (33%) y 4 fallecidos. Sólo recibieron tratamiento sintomático (Corticoterapia) 3 pacientes (11.5%), falleciendo todos ellos. El resto de los 11 pacientes no recibieron tratamiento (42.4%) por lo avanzado de la enfermedad.

## PRONOSTICO

Depende del estadío clínico, rapidez del diagnóstico, así como del tipo de Metástasis que presente. Koop (57) señala una alta mortalidad (60%) en aquellos pacientes en que se demoró por más de 3 meses el diagnóstico, semejante procentajes se presentan en pacientes con metástasis óseas avanzadas (11) (26). Aunque Anderson (12) señala un caso de aparente regresión. Se han reportado casos de remisión espontánea o evolución favorable en pacientes con metástasis hepática (22) (103).

A pesar de que se han descrito casos de remisión espontánea (31) (41) (82), no existen pautas clínicas o de laboratorio que nos pueda



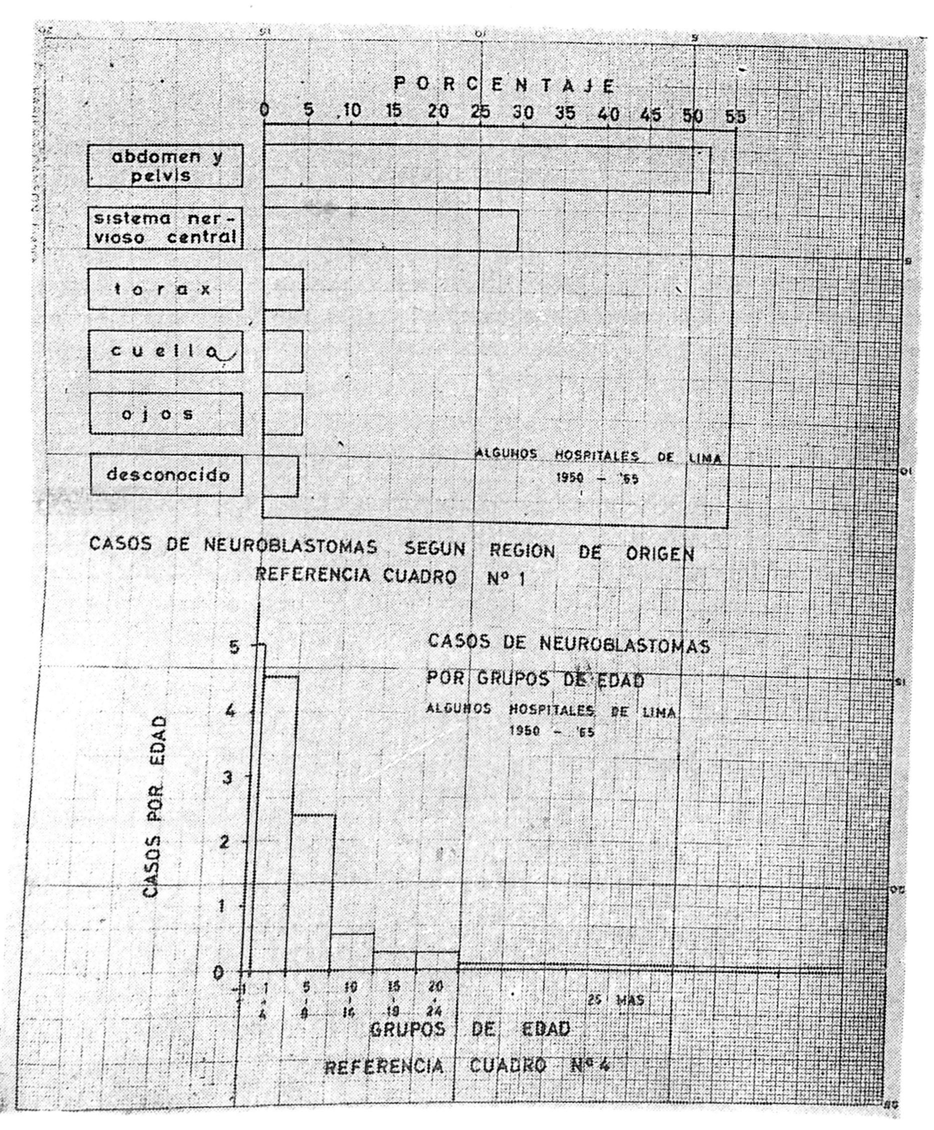
Figs. 25, 26.— Caso 2. Radiografía de control. Se observa marcada remisión de las metástasis anteriormente descritas. Siete meses después de iniciado el tratamiento Quimioterápico (Endoxan). Habiendo correspondido también con la mejoría de la sintomatología que acompañaba a estas lesiones.



CUADRO Nº 14

**Casos de Neuroblastomas. En relación a los factores que influyen en la sobrevida. Algunos Hospitales de Lima. 1950-1965**

| Edad | Sexo | Localización | Vit. $B_{12}$ | Cirugía | Radioterapia | Quimioterapia | Sobrevida |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 m. | F | M. Sup. Derecha | 1 mg. x 7 d. | Resección Total | 1ra S.: 2765 r.<br>2da. S.: 1650 r. | 100 mg. Ataque<br>50 mg. Sosten | 3 1/2 años |
| 9 m. | M | Neuroblastoma del S. N. C. | —— | Resección Parc. | 3,500 r. | —— | 4 años |
| 16 m. | M | M. Sup. Derecha | —— | Resección Total | 2,000 r. | 100 mg. Ataque<br>50 mg. Sosten | 2 1/2 años |
| 3 años | F | M. Sup. Derecha | —— | —— | 2,700 r. | —— | 5 años |


PORCENTAJE
0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55
abdomen y pelvis
sistema nervioso central
torax
cuello
ojos
desconocido
ALGUNOS HOSPITALES DE LIMA
1950 — '65
CASOS DE NEUROBLASTOMAS SEGUN REGION DE ORIGEN
REFERENCIA CUADRO Nº 1
CASOS DE NEUROBLASTOMAS
POR GRUPOS DE EDAD
ALGUNOS HOSPITALES DE LIMA
1950 — '65
CASOS POR EDAD
0 1 2 3 4 5
-1 1-4 5-9 10-14 15-19 20-24 25 MAS
GRUPOS DE EDAD
REFERENCIA CUADRO Nº 4

CUADRO Nº 1

asegurar ello. Phillips (82), señala que sólo por el empleo de los diferentes medios de tratamiento puede esperarse un pronóstico menos severo. En relación a la *expectativa de sobrevida*, hay muchos aspectos que parecen jugar papel importante en el pronóstico; así tenemos:

1. *Según la edad*, la mayoría de los autores señalan que *por debajo de dos años de edad*, tienen mejor pronóstico de supervivencia (41) (57) (97) (103). De nuestra casuística en 4 pacientes de larga sobrevida, sus edades oscilaron entre 16 meses - 3 años. Cuadro Nº 14.

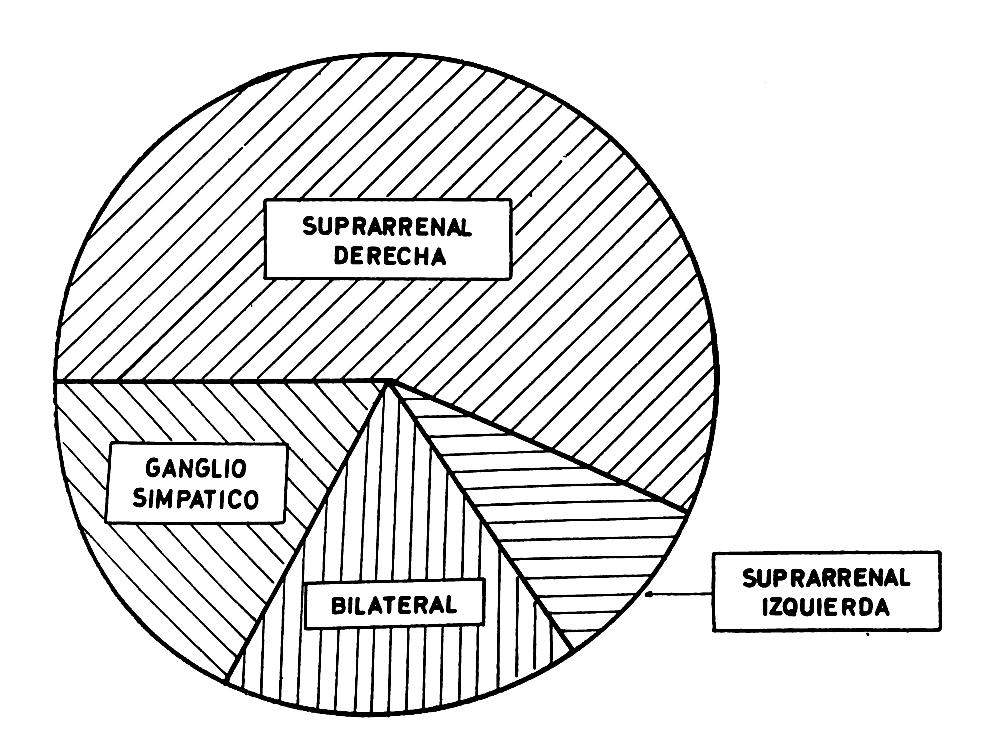
2. *Según su localización.* Wittenborg (105) cree que no tiene relación aunque Willich (103) señala que los tumores primarios intrabdominales tienen dos veces mejor pronóstico que los de localización extrabdominal. Koop (57) obtiene una mayor supervivencia en pacientes con neuroblastoma intratoráxico.

De cuatro casos de larga sobrevida de nuestra serie, 3 eran de localización suprarrenal derecha y 1 del Sistema Nervioso Central.

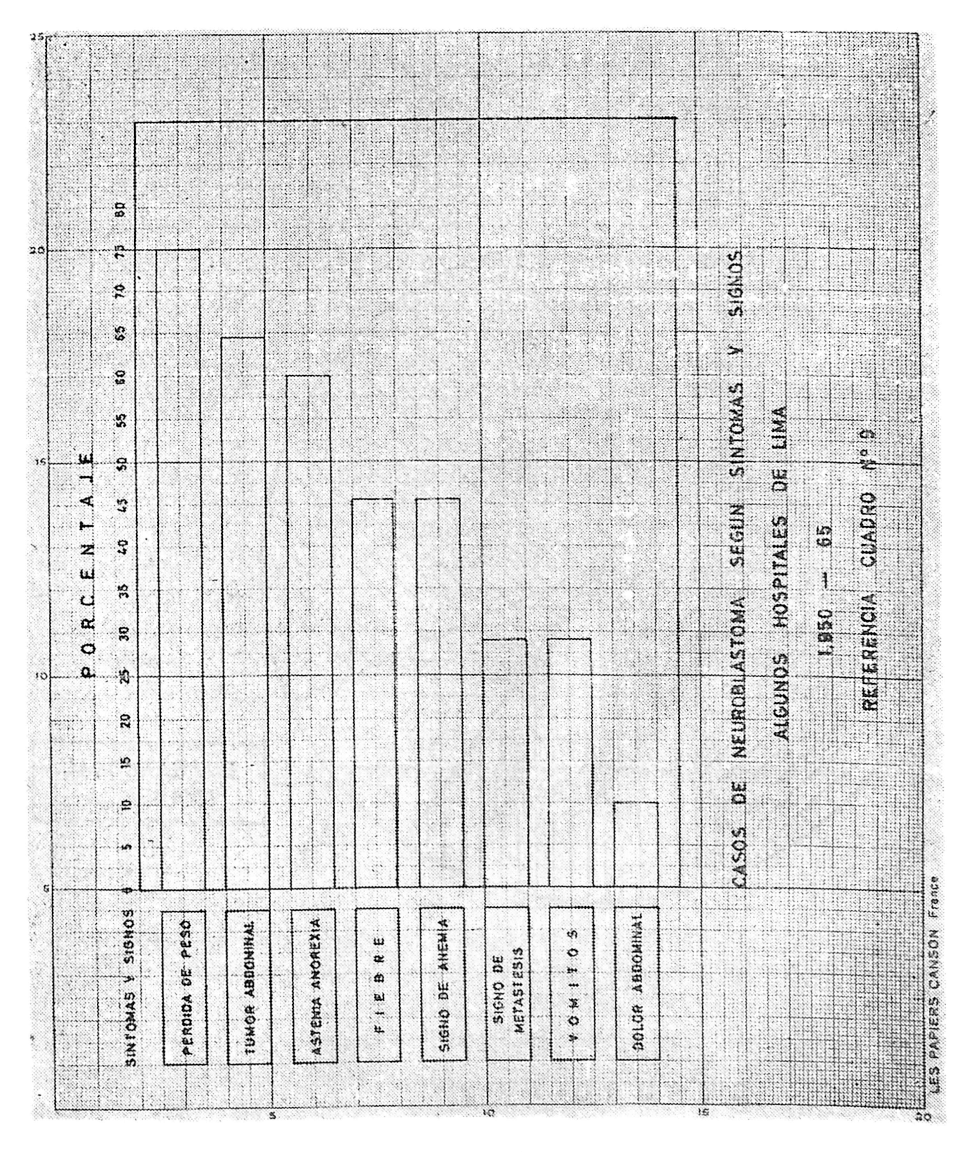
3. *En relación al tiempo del Diagnóstico.* Koop (57) señala que si se efectúa el diagnóstico antes de 1 año puede esperarse hasta un 60% de larga sobrevida. La presencia de metástasis al momento de la hospitalización ensombrese el pronóstico (53). Aunque Dargeon (16) cita el caso de 10 años de sobrevida con metástasis óseas al momento de la hospitalización.

4. *De acuerdo al tratamiento efectuado.* Los resultados son diversos. Chapman (19), Farder (35), Hudson (47) reportan largas sobrevidas en pacientes con neuroblastoma abdominal tratados con Cirugía y Radioterapia (2,000 - 3,000 r.). Otros autores obtienen semejantes resultados con sólo tratamiento radioterápico (80) (88) (105). Igualmente se han reportado buenos resultados en el tratamiento del neuroblastoma metastásico a médula ósea y ganglios linfáticos con el empleo combinado de Quimioterapia y Radioterapia (26) (56). Gross (41), señala que si un paciente no presenta signos de recidiva por un año después de haber recibido tratamiento se le considerará "curado". Koop (57) refiere que se está trabajando con el propósito de demostrar cual es el factor que afecta esta supervivencia. Por lo pronto se ha logrado elaborar un suero anti-neuroblastoma que resultó ser tóxico para las células de neuroblastoma en cultivo, pero que al emplearse en dos pacientes con neuroblastoma terminal no se pudo comprobar el efecto hallado "in vitro".

CASOS DE NEUROBLASTOMA INTRABDOMINALES SEGUN LOCALIZACION
ALGUNOS HOSPITALES DE LIMA 1,950 - 65




CUADRO N° 2


CASOS DE NEUROBLASTOMA SEGUN SINTOMAS Y SIGNOS
ALGUNOS HOSPITALES DE LIMA
1.950 — 65
REFERENCIA CUADRO Nº 9
PORCENTAJE
0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80
SINTOMAS Y SIGNOS
PERDIDA DE PESO
TUMOR ABDOMINAL
ASTENIA ANOREXIA
FIEBRE
SIGNO DE ANEMIA
SIGNO DE METASTESIS
VOMITOS
DOLOR ABDOMINAL
LES PAPIERS CANSON France

CUADRO Nº 3

De nuestra serie de 4 casos de mayor sobrevida: 1 paciente recibió sólo Radioterapia (5 años de sobrevida), otro paciente recibió Cirugía y Radioterapia (4 años de sobrevida) y 2 pacientes que presentaron metástasis difusa a Médula Osea recibieron tratamiento combinado de Cirugía, Radioterapia y Quimioterapia (2 1/2 - 3 1/2 años de sobrevida), resultados que proporcionan grandes esperanzas en el tratamiento del Neuroblastoma Metastásico.

## CONCLUSIONES

El Neuroblastoma es uno de los tumores malignos más frecuentes en niños, distribuyéndose en igual proporción en ambos sexos. No parece tener relación con la raza, predisposición familiar o hereditaria.

Se origina de células simpáticas embrionarias, dando lugar a tres tipos histológicos diferentes de acuerdo a su diferenciación: Simpáticogomiona; Neuroblastoma o Simpáticoblastoma y Ganglioneuroma (Benigno).

Son células neoplásicas semejantes a los linfocitos, de núcleo hipercromático, escaso citoplasma y que tiene tendencia a agruparse en forma concéntrica como "Rosetas o Pseudo-rosetas". Además se pueden visualizar con coloraciones de plata unas prolongaciones o "fibrillas" que nacen de estas células hacia el centro de estas cavidades o rosetas.

Su sintomatología al inicio es de carácter incidioso: pérdida de peso, inapetencia, astenia, fiebre. Luego se acompaña con la presencia de una "tumoración" de crecimiento rápido e infiltrativo.

El diagnóstico esencialmente es histopatológico pudiéndonos ayudar a corroborarlo el empleo de métodos auxiliares, como exámenes radiológicos completos, urografía excretoria, examen de médula ósea y test metabólicos.

Se ha escrito bastante sobre la regresión espontánea de estos tumores, pero la práctica nos revela que si el paciente se deja en espera de tales hechos y no se le efectúa un tratamiento adecuado, inexorablemente lo lleva a la muerte.

Juega un rol importante en el pronóstico y supervivencia del paciente la edad, localización, tiempo del diagnóstico así como el tipo y fecha de inicio del tratamiento.

Actualmente el neuroblastoma metastásico a pesar de los grandes avances en el tratamiento sigue considerándosele de mal pronóstico.

## RESUMEN

Se ha efectuado el estudio de 20 casos de Neuroblastoma recolectados del Hospital Militar Central, Hospital del Niño de Lima y del Hospital Dos de Mayo de Lima (1946-1955).

La incidencia del neuroblastoma es pequeña, ocupando aproximadamente el sexto lugar en orden de frecuencia de los tumores malignos en niños.

La mayor incidencia del neuroblastoma, se observa desde el nacimiento hasta la edad de 9 años (80%), siendo interesante señalar que su incidencia en adultos es muy baja (8%).

En la presente serie revisada, la edad promedio de incidencia de Neuroblastoma, es de 5.4 años. Siendo la edad mínima encontrada de 1 mes de nacido y la máxima de 76 años de edad.

De acuerdo al análisis efectuado de nuestra serie, el neuroblastoma se localiza preferentemente en el abdomen (52%) de ellos el 56.6% se halla ubicado en la médula suprarrenal derecha.

En el presente trabajo no hemos encontrado relación familiar o hereditaria ni diferencias significativas en cuanto a raza. Pero sí hemos hallado una distribución mayor en el sexo masculino (59%).

Los principales síntomas de inicio en más de un 60% de los casos son: pérdida de peso, tumoración abdominal, astenia, anorexia, y en menor porcentaje fiebre, dolor abdominal y anemia.

Las metástasis más frecuentes halladas fueron al sistema óseo, hígado y a los ganglios linfáticos.

Las metástasis óseas fueron múltiples y bilaterales, de tipo osteolítico y proliferativo en los huesos del cráneo y pelvis. Mientras que en los huesos largos (fémur y tibia) se halló preferentemente lesiones de osteolísis y periostisis.

El 50% de las metástasis óseas mostró compromiso de la médula ósea por los exámenes de biopsia o aspiración.

De 26 casos revisados, sólo 12 recibieron tratamiento (46%). En 8 de ellos se efectuó tratamiento de cirugía, radioterapia o quimioterapia, que es el que brindó mayores espectativas de sobrevida, fluctuando entre 2 y 1/2 años y 5 años.

El tratamiento quimioterápico se empleó especialmente en pacientes con metástasis a la médula ósea, observándose buenas respuestas en todos ellos.

Debe controlarse la evolución clínica y la eficacia terapéutica con el dosaje seriado de catecolaminas, ácido homovanílico y ácido vanil mandélico, que proporcionan una buena pauta para dichas evaluaciones.

Debido a la alta mortalidad que ocasiona este tumor es necesario el esfuerzo mancomunado de pediatras, patólogos, laboratoristas, radioterapeutas y cancerólogos, para que con una orientación adecuada se pueda efectuar un mejor control de esta entidad, a fin de elevar el índice de sobrevida de estos pacientes.

## SUMMARY

A series of 20 cases of neuroblastoma are reviewed. The average age incidence was 5.4 years, the most frequent localization was intra-abdominal (52 per cent) and in the ringht adrenal gland (56.6 per cent). There was a slight predominance for the male sex (59 per cent). Most frequent metastases were in bone, liver and lymph glands. Only 12 patients were treated by surgery, radiotherapy or chemotherapy. This last method offered best results, with a rate of surival of 2 1/2 and 5 years.

## *BIBLIOGRAFIA*

1. ACKERMAN, L. V. y DEL REGATO, J. A.: Tumours of Suprarrenal Gland. Cáncher; Champter 13. Pág. 901-921, 1962. — 2. ANDERSON, O. W.: Neuroblastoma with skeletal metastasis and apparent recovery. A. M. A., Am. J. Dis. Child., Nº 83; Pág. 782, 1952. — 3. BALLABRIGA.: Neuroblastoma Toráxico; Pediatría Anual 398-404, 1956-1958. — 4. BARCELO, P. GUASCH, J.: Pseudo-rheumatic picture in the developmental course of sympathicoblastoma. Rev. Esp. Reum., vol. 9, Pág. 437-440; April, 1962. — 5. BECKWITH., J. B. et. al.: "In situ" Neuroblastoma: A contribution to the natural history of neural crest tumours.: Amer. J. Path. vol. 43; Pág. 1089-1104. Dec. 1963. — 6. BIRNER, W. F.: Neuroblastoma como causa de muerte pre-natal. Am. J. Obstet. Gynec. vol. 82; Pág. 1388, 1961. — 7. BIRKENHAGER, J. C.: Metastasizing neuroblastoma with excretion of 5-hydroxy-indol-acetic acid, serotonin and 5-hydroxy-tritophan: Cancer; Excerpta Medica. Pág. 646 1964. — 8. BLACKLOCK, J. W. S.: Neurogenic tumours of the Sympathetic in Children: J. Path. & Bact. vol. 39. Pág. 27-48, 1939. — 9. BODIAN M.: Neuroblastoma an evaluation of its natural history, and the effects of therapy, with particular reference of treatment by massive dosis of vit. $B_{12}$. Arch. Dis. Child. vol. 38. Pág. 606-619, 1963. — 10. BODIAN M.: Regression of Neuroblastomas: Brit. Emp. Cancer Campaing. Rep. Pág. 198, 1954. — 11. BOISSET, B. GERARDO,

F.: Anatomía Patológica de los Tumores Malignos en los niños. Relato Oficial del 13º Congreso de Cirugía. Pág. 522-538, 1961. — 12. BAYD W. C.: Spontaneus regression of neuroblastoma: J. Radiology, vol. 8; Pág. 45-63, 1957. — 13. BOYD, WILLIAMS.: Tumours of Adrenals: Text Book of Pathology, Pág. 996-999, 1963. — 14. BRETOR A., CLAY A., GANDIER, and others.: Neurobiastoma, with Hypertension and vascular complications associated with urinary excretion of cathecholamine. Cancer. Excerpta Medica. Pág. 758. June, 1964. — 15. BURDMAN, J. A. et al.: Long-Term. Tissue Culture of Neuroblastoma. III "In vitro" studies of nerve growth. Stimulating factor in sera of children with Neuroblastoma. J. Nat. Cancer. Inst. vol. 33. Pág. 123-133. Jul. 1964. 16. BUTHKER, W. et al.: Sympathicoblastoma in the Anterior Mediastinum: Dis. Chest. vol. 46. Pág. 531-536, 1964. — 17. CACERES GRACIANI, EDUARDO: Distribución del Cáncer en Niños: 13º Congreso Peruano de Cirugía. Pág. 505-519, 1961. — 18. CAMPOS REY DE CASTRO, J.: Las Neoplasias en Niños. Estudios en 922 casos. Rev. Pediat. del Uruguay. vol. 26. Pág. 5-43, 1958. — 19. CHAPMAN, KYLE W.: Neuroblastoma 10 years; Experiencie. Surg. Saint. Louis. vol. 48, Nº 6, Pág. 1101-1106, 1960. — 20. CHARACHE, HERMAN: Tumours in one homologous twins. Neuroblastoma; Fibromyxosarcoma in infant negro twins.: Am. J. Roentg.: vol. 70, Nº 5, Pág. 810, 1953. — 21. CHRISTENSEN, WILLIAM., M. N.: Disseminated Neuroblastoma in an Adult presenting the picture of thrombocytopenis purpura: Blood. vol. 11. Nº 3. Pág. 273, 1956. — 22. CLARK, J. A., Jr.: Retroperitoneal Neuroblastoma. Experience in 28 cases: J. Urol. vol. 90. Nº 2. Pág. 233-235, 1963. — 23. COCHRAN, W.: Neuroblastoma (sympathicoblastoma) in Northern Ireland. A review over a ten-years period: Cancer. Excepta Medica. Dec. 1964. — 24. COHEN, S.: Purifications of a nerve-growth promoting, protein for the mouse salivary gland and its neuro-cytotoxic antiserum: Proc. Nat. Acad. Sci.; U.S.A. vol. 46. Pág. 302-311, 1960. — 25. CURTIN, M.: Neuroblastoma in infancy Ireland with vitamin $B_{12}$: J. Irish. Med. Ass. vol. 53. Pág. 11-12. July, 1963. — 26. DARGEON, HAROLD, W.: Tumours of Chilhood: Chapter 7, Pág. 140-157, 1960. — 27. DARGEON, HAROLD, W.: Neuroblastoma, the Unpredictable tumour: Cancer. vol. 12. Pág. 188-191; Sep.-Oct. 1962. — 28. DARBY., C. P.: The use of chemotherapeutic, agents in the treatment of childhood. Cancer J. S. Carolina. Med. Ass. vol. 60. Pág. 97-100, Apr. 1964. — 29. EGUREN VELASQUEZ, L.: Patología Tumoral Infantil: Tesis de Bachiller Nº 2266. Lima-Perú. 1952. — 30. EVANS., A. R.: Congenital Neuroblastoma: J. Clin. Path. vol. 18. Pág. 54-62. Jan. 1965. — 31. EVERSON, T. C.: Spontaneus regression of Cancer: Cancer Excerpta Medica Jan. 1963. — 32. EYRE-BROOK, Al. HEWER. T. F.: Spontaneus disapparence of Neuroblastoma with maturation to ganglioneuroma: J. Bone. Joint. Surg. (Brit.) 44-B. Pág. 885-890. Nov. 1962. — 33. FALKSON, G., FALKSON, W. C., and SANDISON, A. G.: Chemotherapy in advanced Cancer. A clinical trial with Chromoycin $A_3$: Cancer Excerpta Medica. Jan. 1965. — 34. FANCONI, G. WALLGREN, A.: Tratado de Pediatría: Pág. 336-351, 1962. — 35. FARBER, S.: Regression of Neuroblas-

toma: Am J. Dis. Child. vol. 60. Pág. 749, 1940. — 36. GARCIA VILA, A. and PIERO ALBAJ.: Contribution to the study of Neuroblastoma, of the Sympathetic Nervous System in Children: Cancer Chemotherapy Abstracts. vol. 1. Nº 5. Jan.-Mar., 1964. — 37. GJESSING, L. R. LANGEI.: Cystathionuria and Vanil-Lactic Aciduria in Neuroblastoma and Argentifynoma: Lancet. Pág. 1281-1282. Dec. 1963. — 38. GOLSDTEIN, M. N. et al.: Long-term tissue culture of neuroblastoma. II Morphologic evidence for differentation and maduration. J. Nat. Cancer. Inst. vol. 32. Pág. 165-169. Jan. 1964. — 39. GREGONE, B. S. J.: Neuroblastoma of Adrenal presenting with intraperitoneal haemorrhage: Brit. J. Surg. vol. 43. Nº 181. Pág. 550, 1950. — 40. GRISCOM, N. T.: The roentgenology of neonatal abdominal massy. Amer. J. Roentgen. Vol. 93. Pág. 447-463. Feb. 1965. — 41. GROSS.: The Surgery of Infancy and Childhood. Pág. 606-625, 1960. — 42. HABER, S. L. et al.: Maduration of congenital extra-adrenal Neuroblastoma: Arch. Path. (Chicago) vol. 76. Pág. 121-125. Aug. 1963. — 43. HARRISON, T. R.: Medicina Interna. Parto I; Pág. 589, 1962. — 44. HERRERO DUCLOUX.: Neuroblastoma of Mediastinum; Prensa Médica Argentina. 50. Pág. 2505-2509, 20 Sep. 1963. — 45. HOPE, J. W., BORNS, P. F. a KOOP, C. E.: Diagnosis and treatment of Neuroblastoma and Embryoma of the Kidney: Chemo. Abstract. vol. 1. Nº 5. Jan.-Mar. 1964. — 46. HOSTYNL, BRATISL: Neuroblastoma of the nasal cavity. Lek Listy, 43. Pág. 721-724, 1963. — 47. HUDSON, HENRY, W.: Succesful treatment of Neuroblastoma: New Eng. J. Med. vol. 246; Pág. 536, 1952. — 48. HUTCHINSON, R.: On Suprarrenal Sarcoma in Children with metastasis in skull, Quart. J. Med. 1: Pág. 33-38, 1908. — 49. ISACCS, H., MEDALIC, M., and POLITZER.: Nor-Adrenalin secreting Neuroblastoma. Brit. M. J. vol. 1; Pág. 401-404, 1959. — 50. JACOB, N. H. Jr.: Relationship of phenolic acid excretion to tumours of neural crest origin; Texas J. Med. vol. 58. Pág. 893-896, Nov. 1962. — 51. KARAFIN, L. KIRPATRIC J. A. LIVINGSTONG, W. O.: Non-visualization of the kidney by excretory urography associated with neoplasic retroperitoneal masses in infants and children; J. Urol. vol. 88. Pág. 459-463. Oct. 1962. — 52. KINCAID, SEVINGS W.: Neuroblastoma: A Roentgenologic and Pathologic study; Amer. J. Roentg. vol. 78. Nº 3; Pág. 420, 1957. — 53. KING, RICHARD.: Neuroblastoma. Review of twenty-eight cases and presentation of two cases with metastasis and long survival; J. Roentg. Springfield. vol. 85. Nº 4. Pág. 733-747, 1961. — 54. KISSANE, J. M. and ACKERMAN, L. V.: Maturation of tumours of the Sympathetic nervous system; J. Fac. Radiologists. vol. 7. Pág. 109-114, 1955. — 55. KONTRAS, STELLA B. y NEWTON, Jr. WILLIAMS.: Cyclophospamide (Cytoxan) Theraphy of chilhood Neuroblastoma; Preliminary report. Cancer Chemotheraphy Reports Bethesde. Nº 12. Pág. 39-50, 1961. — 56. KONTRAS, STELLA B.: Urinary excretion of 3-methoxy-4-hidroxy-Mandelic Acid in children with Neuroblastoma. Cancer. Nº 5. Pág. 978-986, 1962. — 57. KOOP, C. E. et al.: Neuroblastoma. Experience with 100 cases in children. Surg. Nº 56. Pág. 726-733, 1964 (Oct.).

— 58. LONCET, GEORGE P.: Haemorrhagic cystitic and Cyclophosphamide Nº 2. Pág. 9-42; 2 Nov., 1963. — 59. LANKOSZ, J. JEDRYCHOWSKY W.: Diagnostic difficulties in malignant tumours of the Neuroblastoma type: Cancer Excerpta Medica. Pág. 1501, 1964. — 60. LEHMAN, E. P.: Adrenal Neuroblastoma in infancy 15 years survival: Ann. Surg. vol. 95. Pág. 473, 1932. — 61. LEVI-MONTALCINI, R. GROW.: Control of nerve cells by a protein factor and its anti-serum. Science. Nº 143. Pág. 105-110, 1964. — 62. LLAMBIAS, M. R.: Considerations on Abdominal tumours and intestinal invagination. Dia. Med. Nº 36. Pág. 505-507, 1964. — 63. LLOSA RICKETTS, GUILLERMO: Neuroblastoma. Revisión General y Presentación de un caso Clínico: Rev. Peruana de Pediatría Nº 12. Pág. 93-102. Enero-Junio, 1954. — 64. LAWRENCE, E. and DONLAN, E. J.: Neoplasic disease in infants and children. Cancer Research; Nº 12. Pág. 900-908, 1956. — 65. LUSE, S. A.: Synaptic structures ocurring in a Neuroblastoma: Cancer Excerpta Medica. Pág. 467; April, 1965. — 66. MALAGA IGLESIAS JUAN RUBIO: Estudio de Enfermedades Neoplásicas. Tesis de Bachiller de Medicina Nº 5332, 1962. — 67. MANDEVILLE, F. B.: Calcification in Neuroblastoma (Sympathicoblastoma). Radiology. Nº 53. Pág. 403, 1949. — 68. MARAÑON, GREGORIO: Manual de Diagnóstic Etiológico. Pág. 354, 1961. — 69. MARYMONT J. H., Jr. GROSS, S.: Patterns of metastasic Cancer in the Spleen. Am. Clin. Path. Nº 40. Pág. 58-66, Jul. 1963. — 70. MAYO, P.: Intrathoracic Neuroblastoma in a new-born infant: J. Thorac. Cardiov. Surg. Nº 45. Pág. 720-724, Jun. 1963. — 71. Mc. CULLOUGH, HARDART F.: Neuroblastomatous transformation in a bening cysticteratoma. Obstet. Gynec. Nº 21. Pág. 259-261, Feb. 1961. — 72. MICHALLE F. M. ROUCH, M. WETTERWALD, J.: (Apropos. of a case of neural tumour of the nasal fossa) Bull. Soc. Med. Milit. Frac. Nº 56. Pág. 218-221; Jul. 1962. — 73. MURRAY, M. R. and STOUT, A. P.: Distinctive characteristics of the Sympathicoblastoma, cultivated "In vitro" prompt. diagnosis. Amer. J. Path. Nº 23. Pág. 429-441, 1943. — 74. NELSON, WALDO E. y COLAB.: Tratado de Pediatría. Pág. 1782-1784, 1961. — 75. OBERMAN, H. A.: Sympathicoblastoma of Anterior Mediastinum. Report of a case. Dis. Chest. Nº 43. Pág. 314-316; Mar. 1963. — 76. PALMINELLO, A., MOMBELLONI, G. GORI, G.: (Intrathoracic neurogenic tumours with Medullary compresion, Surgical considerations). Minerva Neurochir. Nº 6. Pág. 81-88. Jul.-Sep. 1962. — 77. PATTEN, M., BRADLEY: Embriología Humana. Pág. 544-547, 1960. — 78. PEREZ STABLE, MANUEL y GUERNICA, ANTONIO.: Neuroblastoma Suprarrenal con Metástasis periorbitaria. Rev. Cub. de Pediat. Habana. vol. 24. Nº 1. Pág. 15-20, 1962. — 79. PESCH, K. J.: Pathogenesis of the Hutchinson's Syndrome: Cancer Excerpta Medica. April, 1965. — 80. PHILLIPS, R. F. y DARGEON, H. W.: Radiotherapy in tumours of childhood; J. Pediat. vol. Pág. 448, 1954. — 81. PINKEL, DONALD, M. D.: Cyclophocphamide in with Cancer; Cancer. vol. 15. Pág. 42-49, 1962. — 82. POTTER, E. L.: Pathology of the fetus and Infants; Pág. 195-197, 1931. — 83. REIMENDCHNEIDER, PAUL, A. y PRIOR, JOHN, T.: Neuro-

blastoma originating, from olfatory epithelium (Esthesioneuroblastoma); Amer. J. Roentg. vol. 80. Nº 5. Pág. 159, 1958. — 84. RIGBY, G. C., BODIAN, M.: Experimental study of the relation strip botween vit. $B_{12}$, and two animals tumours systems; Brit J. Cancer. vol. 17. Pág. 90-99, Mar. 1963. — 85. ROBBINS, L. STANLEY: Tratado de Patología con Aplicación Clínica; Pág. 997, 1963. — 86. RUBIN, P. DUTHIERB, YOUNG, L. W.: The significance of scoliosis in Post-irradiated Wilm's tumours and Neuroblastoma; Radiology. Nº 79. Pág. 539-554, Oct. 1962. — 87. SAWYERS, J. L. et al.: Cyclophosphamide in the treatment of disseminated Neuroblastoma; Amer. Surg. N° 30. Pág. 182-187, Mar. 1964. — 88. SEAMAN, WILLIAM, B. and EAGLETON, M. D.: Radiation therapy of Neuroblastoma. Radiology Syracuse. vol. 68. Nº 1-8. Pág. 1, 1957. — 89. SHERMAN, ROBERTS, S. y LEAMING, ROBERT: The Roentgen finding in Neuroblastoma. Radiology. vol. 60. Nº 6 Pág. 837-1953. — 90. SILVERSTONE, S. M. y HARRIS, W.: The treatment of Neuroblastomas; J. Mt. Sinai. Hosp. Nº 17. Pág. 1083, 1951. — 91. SOURKES, T. L.: The excretion of dihydroxyphenylamine, dopamine and dihyproxyhenylacetic acid in Neuroblastoma; Cancer. Excerpta Medica. Pág. 120; January, 1964. — 92. STRAUSS, L. et al.: Congenital Neuroblastoma involving the placent. Report of two cases; Pediatrics. 34. Pág. 23-31. Jul. 1961. — 93. STUDNITZ, WILFRIED, VON: Spectrum of catecholamine biochemistry in patient with Neuroblastoma. New. Eng. J. Med. Vol. 269. Nº 5. Pág. 232-235, 1963. — 94. SWEENEY, M. J. TUTTLE, A. H. and Others: Cyclophosphamide in treatment of common neoplastic disease of childhood; J. Pediat. vol. 61. Pág. 702-708, 1962. — 95. THURMAN, W. G. et al.: Cyclophosphamide therapy in chilhood in Neuroblastoma. New. Eng. J. Med. vol. 270. Pág 1336- 1340, 1964 (June). — 96. THURMAN, W. G. JONES, B. SULLIVAN and Others: Actinomycin $P_2$ in malignancies in children. Cancer. Chemother. Rep. Nº 28. Pág. 43-46; April, 1963. — 97. TRESSIDER, G. C.: Tumours of the Adrenal Medula. J. Urol. Nº 35. Pág. 367-380. Dec. 1967. — 98. URTEAGA, OSCAR, B.: Contribución al estudio de Tumores Primarios de Médula Suprarrenal (1946-1955). Archivos Peruanos de Patología y Clínica. vol. 9. Pág. 277-395, 1955. — 99. VIGORELLI, L.: (Multiples subcutaneus Sympathoblastoma, with favorable evolution). Minerva Pediat. vol. 14. Pág. 1219-1226; 3 Nov. 1962. — 100. VOORHESS, MARY, L. and WHALEN, JOSEPH, P.: Role of Catecholamine excretion in diagnosis and treatment of Neuroblastoma: Report of two cases. Radiology. Nº 83. Pág. 92-97; Jul. 1964. — 101. WEBER, R. D.: Intermitent Cyclophosphamide in disseminated Neuroblastoma. Illinois Med. J. Nº 125. Pág. 254-255; Mar. 1964. — 102. WILLIAMS, C. M. y GREER, MELVIN and Others: Diagnosis of Neuroblastoma; J. A. M. A. vol 183. Pág. 836-840; Mar. 1963. — 103 WILLICH, E. and BUCHMAN, O.: Sympathicoblastoma. Report on 32 cases: Cancer Excerpta Medica. Pág. 468, 1965. — 104. WILLIS, H. RUPPERT.: Pathology of tumours. 3ra. Ed Pág. 843-869, 1960. — 105. WITTENBORG, M. H.: Roentgen therapy in Neuroblastoma. A review of seventy-three casos. Radiology. vol. 54. Pág. 679, 1960.

# DOCUMENTOS

## INSTITUTO DE NEUROLOGIA

### Bosquejo para su Construcción, Organización y Equipamiento

RAÚL JERÍ *

Desde hace varios años he venido insistiendo en la necesidad de crear un centro neurológico en la Facultad de Medicina de la Universidad (1). Inhabilitada nuestra escuela para proseguir impartiendo enseñanza en el varias veces centenario Hospital de Santo Toribio, fue indispensable trasladarse a otros hospitales de Beneficencia, que si bien cuentan con un apreciable número de enfermos del sistema nervioso, infortunadamente no han establecido, y es muy poco probable que lo hagan en el futuro, servicios o departamentos de neurología.

Cuando estudié el problema de la especialización de las ciencias neurológicas en nuestro país (2) tuve que llegar a la conclusión de que en la actualidad no existe en el Perú un instituto moderno donde pudiera centralizarse la docencia de pre-grado, el adiestramiento de residentes ni la investigación neurológica.

El Primer Seminario de Educación Médica (3) llegó a resultados muy similares, expresando su "preocupación por la ausencia de un centro neurológico que permita contar con un adecuado número de pacientes, así como con integración con Cirugía y Anatomía Patológica, lo cual se traduciría en una adecuada preparación de los docentes y estudiantes y sería muy útil para la formación de especialistas".

Por otra parte, el Hospital San Juan de Dios del Callao tendrá una organización departamental, no asignando número fijo de camas para neurología ni para neurocirugía (4).

En consecuencia, puedo decir que la Facultad de Medicina no cuenta hasta este momento con ese centro neurológico tan insistentemente solicitado. El personal docente se ve obligado a enseñar en varios hospitales esta-

---

* Profesor Principal de Neurología, Facultad de Medicina, Universidad de San Marcos.

tales y para-estatales; está incapacitado para organizar un adecuado programa de residencias y lo que es más grave aún, se encuentra impedido de llevar a cabo investigaciones sistemáticas sobre las enfermedades neurológicas.

Es por tanto indispensable organizar un Instituto de Neurología que permita suplir las graves deficiencias anotadas más arriba.

## EDIFICIO

El edificio del Instituto se construirá de preferencia en terrenos propios de la Universidad. Es conveniente que esté en comunicación muy próxima con uno o varios hospitales generales, para poder usar algunos de sus servicios y tener acceso a los pacientes neurológicos. Esta comunicación debe hacerse mediante pasajes subterráneos. El edificio contará con un área adecuada y se construirá en tal forma que permita su ampliación (vertical y horizontal), conforme vayan aumentando los servicios, así como áreas apropiadas para el aparcamiento de automóviles y ambulancias.

En el subsuelo y en los primeros pisos deberán instalarse locales para los siguientes servicios: consultorios, oficinas, radiología, laboratorios, aulas de conferencias y aulas para seminarios, rehabilitación, biblioteca central de historias, farmacia y mortuorio.

En los pisos superiores se instalarán los servicios de hospitalización y los sectores de residentes.

## ORGANIZACION

Teniendo en cuenta los propósitos asistenciales, docentes y de investigación, el Instituto estará organizado en laboratorios, radiología y servicios clínicos.

**Los laboratorios** servirán simultáneamente a los pacientes ambulatorios e internados. Estarán por tanto situados en el subsuelo o en el primer piso del edificio. Los principales laboratorios y el servicio radiológico del Instituto se agruparán como sigue, pudiéndose ampliar, incrementar o reducir, según las necesedades y el progreso de las ciencias neurológicas:

1. Laboratorio Clínico
2. Neuroquímica
3. Neuropatología
4. Electroencefalografía
5. Electromiografía
6. Ecoencefalografía
7. Gammagrafía
8. Neuroradiología
9. Estadística y Computadoras

**Los servicios clínicos** estarán dedicados a consultorios y a pacientes hospitalizados. El Jefe de cada servicio tendrá a su cargo los consultorios y los sectores de hospitalización de su respectiva especialidad. Los servicios clínicos fundamentales serán tres: neurología, neurocirugía y psiquiatría. Es-

te último dedicado específicamente a los problemas psicológicos de enfermos que sufren afecciones orgánicas o funcionales del sistema nervioso o del sistema muscular; servirá por tanto para complementar el adiestramiento de los residentes psiquiátricos del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad.

a) **Consultorios.** En el sector de los consultorios se organizarán los siguientes servicios clínicos:

1. Admisión y Emergencia
2. Neurología del adulto
3. Neurología infantil
4. Psiquiatría
5. Psicología
6. Medicina Física
7. Rehabilitación
8. Foniatría y Terapéutica del lenguaje
9. Neuro-oftalmología
10. Neuro-otolaringología
11. Neurocirugía
12. Servicio domiciliario

Los consultorios de neurología medicina física, rehabilitación, foniatría, neuro-oftalmología y neuro-otolaringología estarán bajo la autoridad del Jefe de Neurología.

Los consultorios de emergencia y neurocirugía estarán bajo el mando del Jefe de Neurocirugía.

Los consultorios de psiquiatría y psicología estarán bajo la autoridad del Jefe de Psiquiatría.

b) **Servicios de Hospitalización.** Existirán sectores de hospitalización para neurología (niños y adultos); neurocirugía (niños y adultos) y psiquiatría ( niños y adultos). Estos servicios dependerán directamente de cada uno de los tres jefes mencionados en el párrafo anterior.

El número de camas será el principio de 40 para neurología, 20 para neurocirugía y 20 para psiquiatría. Posteriormente podrá aumentarse, de acuerdo con las posibilidades presupuestales y económicas del Instituto, y con las necesidades de la población.

## PERSONAL

El Instituto tendrá un Director Médico y su Superintendente Administrativo.

El Director Médico será elegido rotativamente entre los Jefes de Servicio (Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría, Neuropatología, etc.) y permanecerá en el cargo por un lapso de dos años.

El Superintendente Administrativo será un experto en organización hospitalaria, con experiencia en institutos de neurología, y se encargará de las actividades económicas, administrativas, organizativas y de mantenimiento del Instituto. El cargo será concursado por un lapso de años determinado.

Tanto el Director como el Superintendente estarán bajo la autoridad de una Junta de Gobierno, nombrada por la Facultad o por la Universidad.

Además de los jefes de servicios clínicos, existirá un Jefe de Neurorradiología, otro de Neuropatología y otro de Laboratorios (en este último se incluirán las secciones de electroencefalografía, electromiografía, gammagrafía ecoencefalografía, rheoencefalografía y otros medios auxiliares de diagnóstico).

Los jefes de servicios clínicos, de neuroradiología, de neuropatología y de laboratorios, tendrán médicos asistentes y técnicos para poder cumplir con las actividades asistenciales, docentes y de investigación de sus servicios.

Los residentes en las tres especialidades fundamentales del Instituto (Neurología, Neurocirugía y Neuropatología) servirán rotativamente por los diferentes consultorios, laboratorios y sectores de hospitalización según los programas aprobados (2), (5), (6). Ellos tendrán a su cargo el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, bajo la supervisión de los médicos jefes de servicio y de los médicos asistentes.

El esquema del organigrama profesional sería en consecuencia como sigue:

a) Médico Director, quien controlará todos los servicios y laboratorios, mientras dure su permanencia en ese cargo.

b) Jefe del Servicio de Neurología, quien tendrá a sus órdenes al asistente de consultorio, 2 asistentes de sectores de hospitalización, 1 asistente de Medicina Física y Rehabilitación, 1 asistente de Otología, 1 asistente de Oftalmología, 1 técnico en Foniatría, 2 residentes de Consultorio de Neurología y 4 residentes de Sectores de Hospitalización en Neurología.

c) Un Jefe del Servicio de Neurocirugía, quien asumirá el control de 1 asistente del Consultorio de Neurocirugía, 2 asistentes de Sectores de Hospitalización en Neurocirugía, 1 asistente de Emergencia, 1 residente de Consultorio de Neurocirugía, 2 residentes de Sectores de Hospitalización en Neurocirugía y 1 residente de Emergencia.

d) Un Jefe del Servicio de Psiquiatría, quien dirigirá un equipo formado por 1 asistente del Consultorio de Psiquiatría, 1 asistente del Sector de Hospitalización en Psiquiatría, 1 Psicólogo, 1 Técnico en Estadística Médica, 1 residente de Consultorio de Psiquiatría y 2 residentes de Sector de Hospitalización en Psiquiatría.

e) Un Jefe del Servicio de Neuropatología, el cual contará con 1 asistente en Neuropatología y 2 residentes en Neuropatología.

f) Un Jefe del Servicio de Neuro-radiología, quien dirigirá el servicic con 1 asistentes de Radiología y 2 residentes en Radiología.

g) Un Jefe de Laboratorios, quien estará encargado del funcionamiento de los gabinetes accesorios de diagnóstico con el siguiente personal: 1 asistente de laboratorio clínico, 1 asistente de electroencefalografía, electromiografía y ecoencefalografía y 1 asistente de gammagrafía. Todos los residentes en neurología tendrán que pasar, trabajando a tiempo completo, durante un lapso determinado por estos sectores, como parte fundamental de su adiestramiento en el diagnóstico neurológico.

Tanto el personal de jefes de servicio, asistentes, residentes y técnicos

laborarán a tiempo completo en el Instituto. Los jefes de servicio y los primeros asistentes podrán atender pacientes privados en los consultorios y sectores de hospitalización previo acuerdo con la Junta de Gobierno.

## DOCENCIA

La docencia se realizará en diversos niveles y en varias formas.

a) Docencia de Pregrado. El personal del Instituto participará activamente en la enseñanza teórica y práctica de los siguientes captítulos y cursos del curriculum de estudios: neuroanatomía, neurofisiología, neuropatología, neurosemiología, neurología clínica, neurocirugía, electroencefalografía y otras técnicas auxiliares, neuroradiología, medicina física y rehabilitación en pacientes neurológicos.

La enseñanza se impartirá en los diversos departamentos, de acuerdo con el syllabus respectivo en los laboratorios, institutos y hospitales docentes de la Facultad.

b) Docencia de Post-graduados. El personal del Instituto tendrá a su cargo la formación de los siguientes especialistas médicos: neurólogos, neurocirujanos y neuropatólogos. Los primeros recibirán adiestramiento, por un período de tres a cuatro años, en todos los consultorios, laboratorios y sectores de hospitalización del Instituto, complementando después su formación especializada en otros hospitales o institutos, según los programas académimos aprobados periódicamente (2), (6).

Los residentes en neuropatología iniciarán su adiestramiento, como patólogos generales, en el Instituto de Patología y luego complementarán su formación especializada en el laboratorio de anatomía patológica del Instituto (5).

El Instituto adiestrará también en los aspectos psicológicos de las enfermedades orgánicas y funcionales del sistema nervioso, a los residentes que prepara el Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad, según especificaciones de las autoridades en esta materia (7), (8), (9).

c) Cursos de refresco para médicos generales. Periódicamente el Instituto organizará cursos de actualización para los médicos generales, poniendo al día problemas neurológicos frecuentes de la práctica médica (meningitis, neuritis y polineuritis, traumatismos encefalocráneanos y vértebromedulares, etc.) estos cursos se enseñarán en el local del Instituto, en otros locales de la Facultad, o en provincias.

d) Cursos para especialistas. Cada cierto tiempo el Instituto organizará cursos para especialistas, revisando exhaustivamente algún aspecto determinado de las ciencias neurológicas, basándose en lo posible en las investigaciones llevadas a cabo en sus propios servicios y laboratorios.

## INVESTIGACION

El Instituto se interesará primero por los problemas neurológicos prevalentes en nuestro país, cubriendo aspectos de prevención, diagnóstico, trata-

miento o rehabilitación de dichas perturbaciones. Simultánea o posteriormente afrontará otros temas de investigación, de acuerdo con los programas que se presenten.

El Consejo de Investigación del Instituto estará formado por el Médico Director y todos los Jefes de Servicios. Este Consejo se reunirá periódicamente autorizará los proyectos y suministrará los fondos y equipos necesarios.

El Consejo determinará el modo de empleo de los donativos de investigación y dispondrá los sistemas de trabajo de los miembros del Instituto para realizar las pesquisas, librándolos de labores asistenciales, cuando sea indispensable.

En principio los residentes no participarán en proyectos de investigación, puesto que sus programas de adiestramiento requieren intenso trabajo clínico a dedicación exclusiva, salvo contadas excepciones, debidamente justificadas ante el Consejo.

Los resultados de las investigaciones del Instituto se publicarán, de modo preferencial, en la Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas de la Facultad.

## SERVICIOS DE ENFERMERIA Y ADMINISTRATIVOS

El Instituto debe contar con locales equipos y personal adecuadamente seleccionado para cumplir los siguientes servicios: admisión, historias clínicas, estadística, caja, computadoras, farmacia, enfermería, auxiliares de enfermería, técnicas, biblioteca, radiología, rehabilitación, foniatría, laboratorio clínico, neuropatología, fotografía clínica, electromiografía, ecoencefalografía, limpieza, lavandería, cocina, electricidad, gasfitería, costurería; psicólogos; servidores para habitaciones de residentes; ascensoristas y choferes para las ambulancias.

## SUMARIO

Hasta el momento actual no existe en la Universidad de San Marcos un Instituto moderno para el estudio, la investigación y la docencia de las enfermedades del sistema nervioso y de las disciplinas neurológicas. En este trabajo se describen brevemente las características que debe tener el centro neurológico, especialmente en relación con el edificio; la organización de laboratorios, servicios radiológicos y departamentos clínicos; el personal profesional y administrativo; la participación en los diversos tipos de docencia y las actividades iniciales de investigación.

## REFERENCIAS

1. JERI, R. Necesidad de organizar la Unidad Neurológica en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos. Anal. Fac. Med. (Lima) 46: 125-141, 1963. — 2. JERI, R. Especialización en las ciencias neurológicas. Estado actual del problema y sugerencias para resolverlo. Anal. Fac.

Med. (Lima) 47: 1-41, 1964. — 3. Primer Seminario de Educación Médica (Enero-Febrero 1966) Anal. Fac. Med. (Lima) 49: 482-502, 1966. — 4. UBILLUS DHAGA DEL CASTILLO, R. Comunicación personal al autor, Julio 1967. — 5. AMERICAN BOARD OF PATHOLOGY. Medical Specialities. General Requirements and Special Training and Experience. Bethesda, Maryland, 1963. — 6. AMERICAN BOARD OF PSYCHIATRY AND NEUROLOGY. Information for applicants. Rules and Regulations. Rochester, Minnesotta, 1963. — 7. ELLIS, J. R. The Teaching of Psychiatry. Brit. M.J. 2: 585-588. 1963. — 8. VALDIVIA, O. Hacia un plan de entrenamiento psiquiátrico de post-graduados. Rev. Psiquiat. Peruan. 1: 163-168, 1957. — 9. JERI, R. Posibilidades de un programa de residencias psiquiátricas en los hospitales de Lima. Anal. Fac. Med. (Lima) 48: 142-155, 1965.

# REVISTA DE REVISTAS

## EL MITO Y EL INCONSCIENTE COLECTIVO

RISQUEZ IRIBARREN, FERNANDO. Revista Latinoamericana de Salud Mental. Nº 10, pág. 195-207, Nov. 1966.

El autor inicia su trabajo refiriéndose al rol de los poetas, quienes tienen la responsabilidad de cantar las hazañas de los héroes siendo estos sólo en cuanto aquel los canta; es por ello que tienen en sus manos el sentido de lo misterioso constituyéndose de este modo, el poeta, en el vehículo del mito. Tan sólo desde hace 200 años se ha tratado desentrañar los misterios de la mitología, en tal intento se han tomado diferentes modalidades, así el primer método empezó con los trabajos de Lobeck y colaboradores habiendo sido denominado "Reductivo Histórico" por su afán de conferir al héroe una ubicación cosmográfica y temporal. El segundo se basó en los trabajos de Max Müller quien sostenía que la mitología era un problema verbal, pues se originaba en la incapacidad de los pueblos para explicar los fenómenos de la naturaleza. El tercero, el del Folklore, se refiere a las posibilidades de interpretar las mitologías con otras mitologías, partiendo del fenómeno de la revitalización perenne de los mitos. El cuarto sistema de investigación comprende los trabajos de Otfred Müller quien sostuvo su reducción temporal, es decir, que los mitos son más simples cuanto más antiguos. Finalmente el sistema psicoanalítico, desarrollado por Jung utilizando las aportaciones geniales de Sigmund Freud, incide en que la presencia de impulsos inconscientes, mucho más poderosos que la razón, determinan la aparición de los mitos bajo la forma de símbolos del inconsciente colectivo, a los cuales denomina "arquetipos", por que permiten perennizar todas las inferencias oscuras y desconocidas del ser humano.

En el segundo capítulo el autor sostiene que el contenido sublime de lo místico no puede ser reducido a los términos de ninguna otra categoría, siendo la característica del hombre pertenecer al mito, crear el mito, vivir el mito, pero no ser el mito, es decir que su raíz está en nosotros mismos, pero no es nosotros mismos. Finalmente se refiere a la situación especial y novedosa del hombre latinoamericano y los dos mitos modernos dominantes de su existencia: el mito del Buen Salvaje y el mito del Buen Europeo y cómo ellos actúan determinando formas de comportamiento que exigen

una toma de responsabilidades y un asumir inmediato de la "acción" que es el amor.

**Rubén Ríos Carrasco.**

## LA EXPERIENCIA DEL TIEMPO DETENIDO EN LA ESQUIZOFRENIA

MARIATEGUI, JAVIER y FLORES, JOSE R. Revista de Neuro-Psiquiatría. Tomo XXIX, Nº 4, Diciembre 1966.

En los cursos procesuales de la esquizofrenia la ruptura de los vínculos activos con la realidad se acompaña con frecuencia de perturbaciones en la vivencia del tiempo, principalmente en el registro subjetivo del devenir. El "tiempo detenido" o "fijado" expresa, con claridad, una distorsionada inserción en el mundo, una cronología singular que incorpora sólo, en el caudal de la experiencia mensurable, aquello ocurrido antes de la eclosión de la psicosis y que niega temporalidad a la existencia posterior. A propósito de un caso de esquizofrenia catatono-paranoide en que se verifica detención en el tiempo, se presenta el resultado de una encuesta realizada en 160 pacientes esquizofrénicos crónicos, con más de diez años de enfermedad, en quienes se aplicó una modificación del cuestionario de Lanzkron y Wolfson para el estudio de la experiencia temporal, la edad real del grupo de 149 pacientes (21 no la indicaron) tuvo una media de 46.24 años mientras que la media de la edad sostenida fue de 37.85 años, con una diferencia de 8.39 años. Estos hallazgos, menores que los obtenidos por los autores mencionados pero estadísticamente significativos son indiciarios de la alterada percepción temporal de los esquizofrénicos crónicos, con sus implicancias clínicas y pronósticas.

**Los Autores.**

## A HIPNIATRIA NAS NEUROSES

CALLILE J., MIGUEL. Revista Brasileira de Saúde Mental, Volume IX — Número Unico — Pág. 27-47, 1965.

El autor empieza por establecer los significados de "Hipnoterapia" (Hipnosis) e "Hipniatría" (método de tratamiento médico en que la hipnosis es el más importante medio dentro del conjunto terapéutico); luego trata de preguntarse si la aplicación de la Hipniatría a la Neurosis significa una terapia adecuada, para lo cual estudia qué es la Neurosis y qué es la Hipnosis; en el caso de la primera investiga el significado, no sólo el del término original sino también el de Psiconeurosis, procediendo a dar una visión de las más recientes e importantes contribuciones que emergen de las escuelas Pavloviana y Freudiana, finalmente define su propio concepto de Neurosis basado en la fenomenología existencialista. En cuanto a la Hipnosis el autor

describe un curso similar, acertando su punto de vista con los recientes hallazgos neurofisiológicos del cerebro profundo; estudia la Formación Reticular del tronco cerebral o Sistema Multisináptico, principalmente la "acción despertadora" del Sistema Reticular activador ascendente y también la acción cortical desactivadora; puntualiza, asimismo, los hallazgos electroencefalográficos que determinan todos estos estados.

El autor conceptúa la Hipnosis como "la respuesta bioeléctrica de tipo inhibitorio a los estímulos sensoriales realizados con una determinada técnica, lo cual da como resultado fenómenos fisiológicos especiales en disposiciones psicológicas excepcionales, incidiendo principalmente sobre el estado de conciencia y la función afectivo-emocional". Para luego a describir su método o sea la Hipniatría siguiendo las fases subsecuentes: a) fase de tranquilización o de sujeto-objeto; b) fase de dilusión o de confianza en sí mismo, de disposición, apagamiento de la posición sujeto-objeto o fase del encuentro existencial; c) fase de predominancia de la vigilia o sea de conciencia de valor, o fase de actitudes en que se dan los aspectos neurodinámicos con soporte bioquímico; d) fase de consolidación, de realización de las decisiones o las transferencias residuales del encuentro.

Finalmente, el autor responde la pregunta propuesta en el presente trabajo afirmando que la Hipniatría es una forma de elección de la psicoterapia en las neurosis principalmente psicogénicas (psiconeurosis), beneficiándose también las psicosomatosis; recomendado que el médico que pretenda hacer psicoterapia precisa conocer la personalidad de sus pacientes, así como inquirirse acerca de sus propias motivaciones, su propia existencia y consciente y responsablemente abrirse a su propia autoposesión.

**Rubén Ríos Carrasco.**

## ALCOHOLISMO Y ENFERMEDAD: CONCEPCION POPULAR

ADIS CASTRO, GONZALO. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol. XII, Nº 4, pág. 343, Dic. 1966.

El autor se refiere en la primera parte a las recomendaciones del Seminario Latinoamericano de Alcoholismo en 1960 celebrado en Chile, donde se hiciera énfasis en la necesidad de intensificar las investigaciones acerca de los factores socio-culturales y psico-sociales en relación al alcoholismo; tratando de conocer y comprender principalmente los factores socio-culturales para el establecimiento de programas preventivos y modificando una serie de perjuicios acerca de la ingesta alcohólica; evidentemente que para el logro del objetivo se requiere de una información básica acerca de las actitudes de la comunidad hacia el alcoholismo, las variedades de significados que este puede tener, y las expectaciones y preferencias que existen en relación con la ingesta de bebidas alcohólicas. Siendo importante observar que en los programas educacionales se pretende redefinir al alcohólico como alguien que sufre de una enfermedad.

El trabajo en sí representa el diseño de un estudio que debería de realizarse con el fin de investigar los factores socio-culturales, es de esperar que existan diferencias en el grado de aceptación, evaluación y percepción como enfermo de los diferentes tipos de bebedores, y que tales diferencias están asociadas a diferencias de factores socio-culturales y demográficos los que a su vez están relacionados en forma diversa a los distintos patrones o configuraciones de actitudes que existen en la comunidad. Dentro de la metodología recomienda que deberían de utilizarse dos tipos de muestras: una muestra de población general de tipo analítico basado en el último censo y que utiliza como base de estratificación las variables socio-culturales; y una muestra de grupos conocidos, a saber; abstemios, bebedores moderados, bebedores excesivos y alcohólicos. Se da una definición operacional de las variables como: lugar de residencia; variable dependiente; categorías de bebedores; variables independientes donde se incluyen a los factores socio-culturales, demográficos y psico-sociales e igualmetne se recomienda las instrucciones que se deben seguir en las variables de aceptación, percepción, evaluación, actitudes, instrumentos y resultados.

**Pedro Bautista Zavala.**

## FORMA CENESTOPATICA DE LA ESQUIZOFRENIA

SAAVEDRA, ALFREDO. Revista de Neuro-Psiquiatría. Tomo XXIX, Nº 4, Diciembre 1966.

Se revisa la noción de esquizofrenia cenestopática, exponiendose una casuística de 18 observaciones, con el análisis clínico de las mismas. Se diferencian dos subgrupos: Formas Puras, en que las alteraciones cenostopáticas se presentan solas, y formas Combinadas, en que si bien dominan el cuadro se asocian con otros síntomas esquizofrénicos. En ambos subgrupos los desórdenes pueden ser locales o generales. Se destaca la precocidad de u aparición y su evolución progresiva e irreversible a pesar del tratamiento.

**El Autor.**

## ASPECTOS ETIOPATOGENICOS Y TERAPEUTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA

SANCHEZ BORJA, E. Informaciones Psiquiátricas — Vol. X, Nº 40-41, Págs. 11-52, 1965.

La teoría psicosomática del factor múltiple en la esquizofrenia permite concebir el sindrome como el resultado común de factores etiológicos distintos. Se han sucedido rápidamente las investigaciones fisiológicas relativas a la esquizofrenia, disfunciones hormonales, alteraciones bioeléctricas neuronales, producción de psicosis experimentales, etc., estudios sobre el papel de

la serotonina, contribuyendo todo ello al posible descubrimiento de mecanismos neurofisiológicos en su etiología.

En el aspecto psicológico se concede ya decidida importancia a los factores familiares, influencia de la madre, del padre, de los métodos educativos, etc. De ahí la intensificación operada en el terreno de la psicoterapia y el aumento de interés y atención al problema psicogenético de la esquizofrenia.

Durante el último decenio, a pesar del éxito obtenido con la somatoterapia de grupo y la ocupacional; los autores modernos comentan la facilidad con que una amplia variedad de procedimientos pueden mejorar la fase aguda de la psicosis, conceden gran atención a aspectos como el trabajo en grupo, el psicodrama, la música, el baile; el arte en general (actividades artísticas) y la laborterapia pueden contribuir indirectamente al fortalecimiento del Yo.

Grande ha sido el éxito obtenido con la medicación tranquilizante en los esquizofrénicos, debido al gran número de ventajas y escasos inconvenientes (riesgos); es evidente que la reducción de la intensidad del trastorno emocional en los pacientes agitados, hace más llevadera su vida fisiológica y psicológica, pero no dejan de tener en cuenta los investigadores la importancia que tiene el mayor interés por el enfermo al que se presta, también, mayor atención. Es un hecho evidente que la terapéutica tranquilizante ha influído en el cambio operado en el régimen interior de los establecimientos psiquiátricos, pues es probable que esta nueva era se caracterice por la apertura de nuevos espacios, paseos, jardines, etc., dedicados a la terapéutica recreativa y ocupacional.

En suma, es opinión general que todo parece indicar la proximidad de una era farmacoterápica asociada a la psicoterapia que habrá de influir profundamente sobre los factores fundamentales de la esquizofrenia y que son todos aquellos factores que constituyen la teoría etiológica múltiple de Bellak en la génesis de la personalidad esquizofrénica.

**El Autor.**

# NOTAS DE ACTUALIDAD

## SEGUNDO SEMINARIO DE EDUCACION MEDICA

El Consejo de la Facultad de Medicina, a iniciativa de la Comisión Pedagógica, preparó para la segunda semana de enero el Segundo Seminario de Educación Médica, cuya Comisión Organizadora estuvo presidida por el Decano de la Facultad, Dr. Jorge Campos Rey de Castro, habiendo actuado como Coordinador General de la misma el Dr. Antonio Meza Cuadra. El tema escogido fue el de la Orientación de la Enseñanza de la Medicina Integral para el desarrollo del país, en un claro intento de que la formación de médicos se adapten a las necesidades del mundo moderno en constante y rápida evolución.

En el programa de Conferencias preparatorias participaron los Profesores: Ing. Jorge González: "Desarrollo, Universidad e Integración del Conocimiento"; Dr. José Matos Mar: "Diagnóstico del Perú"; Ing. Jorge Bravo Bressani: "Demografía y Desarrollo"; Dr. Alfredo Arriaga Guzmán: "Salud y Desarrollo"; Dr. Alejandro Sotelo: "Algunas consideraciones sobre la Formación de Médicos en el Perú"; Dr. Héctor Alva Gómez: "La Enseñanza de la Medicina Preventiva"; Dr. Jaroflov Teisinger: "La Enseñanza de la Medicina Industrial".

En los Seminarios de Discusión, que comprendieron reuniones consecutivas durante tres días, se conformaron nueve grupos de Profesores, en los cuales estaban representados todos los Departamentos, Asignaturas y Categorías Docentes; habiendo intervenido los siguientes Profesores del Departamento de Ciencias Psicológicas: Drs. Humberto Rotondo, Carlos Alberto Seguín, Oscar Valdivia Ponce, Francisco Alarco, Max Arnillas Arana, Renato Castro de la Mata, Fernando Samanéz, José Sánchez García, Sergio Zapata, José Alva, Augusto Colmenares Murrugarra, Rubén Ríos Carrasco y Vital Scapa.

## SESION DE CLAUSURA DEL AÑO ACADEMICO DE 1966

En la solemne Sesión de Clausura del Año Académico que se llevara a cabo en el Paraninfo de la Facultad el día 31 de enero, hicieron uso de la palabra el Dr. Jorge Campos Rey de Castro, Decano de la Facultad, quien dio lectura a su memoria anual, y el Sr. Alvaro Vidal, Secretario General del Centro de Estudiantes de Medicina.

## CURSO DE PSICOLOGIA SOCIAL APLICADA A LA EDUCACION

Bajo los auspicios de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina se dictó, del 16 al 31 de enero, un curso sobre diversos aspectos de la Psicología Social aplicada a la Educación en el cual participaron en forma sucesiva los siguientes profesores universitarios: Drs. Carlos Alberto Seguín, Reynaldo Alarcón, José Alva, Luis Felipe Guerra, Rubén Ríos Carrasco, Juan Antonio Robles, Felipe Iannacone, Sergio Zapata, Max Arnillas, Francisco Alarco, Antonio San Cristóbal, Orlando Figueroa, Modesto Rodríguez, María Antonieta Silva de Castro, Roberto Koch y José Sánchez García.

## VIAJE DEL PROFESOR JERI A HARVARD

El Departamento de Estado del Gobierno de los Estados Unidos ha distinguido con una donación al Dr. Raúl Jerí, Profesor Principal de Neurología de la Facultad, para realizar un ciclo de investigaciones en la condición de Research Fellow in Neurology del Servicio de Neurología del Massachusetts General Hospital que dirige el Dr. Raymond Adams, Profesor Bullard de Neuropatología de la Escuela Médica de la Universidad de Harvard. Así mismo, en su condición de Jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital de Policía, ha sido comisionado por el Supremo Gobierno para hacer estudios acerca de la prevención, el examen y la rehabilitación de delincuentes; metodología en la selección vocacional y profesional; evaluación de las técnicas modernas en el tratamiento de las enfermedades neuro-psiquiátricas y ha sido invitado a pronunciar conferencias en varios centros científicos y universitarios. Durante su ausencia, la Jefatura de la Asignatura de Neurología será ejercida por el Profesor Asociado Dr. Rodolfo Landa.

## PROXIMA REUNION MUNDIAL

La Federación Mundial para la Salud Mental está cursando invitaciones para su Vigésima Reunión Anual que se efectuará del 27 de noviembre al 1º de diciembre del presente año en Lima (Perú) teniendo como tema principal: "La Salud Mental en los países de crecimiento acelerado", el programa consta de cuatro sesiones plenarias dedicadas a condiciones de la vivienda y del trabajo, educación y medios de información de las masas, servicios para la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales, y discusión plenaria en Mesa Redonda; además se desarrollarán diversas sesiones técnicas, grupos de discusión y proyección de films. El Comité Organizador presidido por el Dr. Baltazar Caravedo Carranza está conformado por miembros de la Liga Peruana de Higiene Mental, la Asociación Psiquiátrica Peruana y la Liga Peruana de Lucha contra la Epilepsia.

## CURSOS PARA GRADUADOS

En los diferentes cursos que para médicos graduados organizara, en los meses de marzo y abril, la Escuela de Graduados de la Facultad los profeso-

res del Departamento de Ciencias Psicológicas colaboraron con los siguientes: a) El Tratamiento del Alcoholismo, que tuvo como Coordinador al Dr. Manuel Almeida; b) Emergencias Psiquiátricas, Dr. Oscar Valdivia; c) Estados depresivos frecuentes en la práctica médica, Dr. Humberto Rotondo; d) Psicoterapia de la Práctica Médica, Dr. Carlos Alberto Seguín; e) Psicología y Psicopatología del Grupo Familiar, Dr. Renato Castro de la Mata; y f) Psiquiatría Pediátrica, Dr. Fernando Samanéz.

## CONCURSOS PARA PROFESORES ASOCIADOS

En los concursos realizados para Profesores Asociados del Departamento de Ciencias Psicológicas, ocuparon dicha plaza en la Asignatura de Psiquiatría "A" el Dr. Augusto Colmenares Murrugarra y en la Asignatura de Psiquiatría "B" el Dr. José Sánchez García.

## BODAS DE PLATA PROMOCIONALES

La Promoción de Médicos que egresara de la Facultad de Medicina en 1941 organizó una ceremonia de reencuentro en la cual hicieron uso de la palabra el Dr. Humberto Rotondo, Profesor Principal del Departamento, en representación de dicha promoción; el Dr. Alberto Guzmán Barrón a nombre de los Profesores del claustro y el Dr. Jorge Campos Rey de Castro, Decano de la Facultad, quien dictó una conferencia acerca de los Adelantos de la Medicina Moderna.

## PROFESOR VISITANTE DE PSICOLOGIA

Durante el mes de febrero el Dr. Arnold Meadow de la Universidad de California sustentó una serie de Conferencias para los miembros del Departamento de Ciencias Psicológicas acerca de la Patogenia, el Diagnóstico y el Tratamiento de las Neurosis Obsesivo-Compulsivas desde el punto de vista social y sobre Métodos de la Investigación en el campo de la Psicología Social.

## SEMINARIO ACERCA DE LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA

La Organización Panamericana de la Salud en colaboración con el Gobierno del Perú está preparando para el mes de noviembre un Seminario acerca de la Enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Mental en las Escuelas de Medicina de Latinoamérica, habiendo señalado los siguientes temas de discusión: a) Delimitación y Objetivos de la Enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Mental, b) Metodología y Técnicas de Enseñanza y Evaluación y c) Contenido Pragmático y Ubicación en el Plan de Estudios. Para este evento que se llevará a cabo en nuestra ciudad han sido invitados oficialmente los Drs. Humberto Rotondo, Carlos Alberto Seguín y Oscar Valdivia Ponce, Profesores Principales del Departamento.

## REUNION DEL CONSEJO INTER-AMERICANO DE ASOCIACIONES PSIQUIATRICAS

A mediados de junio del presente año se reunirá en la ciudad de Quebec (Canadá) el Comité Directivo del Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas con el objeto de preparar la organización del I Congreso Americano de Higiene Mental, asistirá a dicho evento el Dr. Carlos Alberto Seguin, en su calidad de miembro titular de dicho Consejo.

## INVITACION A PROXIMOS CONGRESOS

El Profesor Principal de la Asignatura de Psicología Médica, Dr. Carlos Alberto Seguín, ha sido invitado al X Congreso Internacional de Psicoterapia Médica que se efectuará en Wiesbaden (Alemania) el próximo agosto, donde tendrá a su cargo el Relato Oficial: Aspectos Teóricos y Prácticos en la prevención de las Neurosis. Así mismo, ha sido designado coordinador de una mesa redonda en el I Congreso Europeo de Medicina Psicosomática que se llevará a cabo el mes de setiembre en Roma (Italia).

## ACTIVIDADES DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

En la sesión científica realizada el 21 de marzo se presentaron los siguientes Trabajos de Incorporación: Dr. Carlos Neunschwander: Plan de Enseñanza Psiquiátrica Dentro de la Docencia Médica y Dr. Walter Griebenow: Tratamiento del Alcoholismo en la Psicoterapia de Grupo.

---

## FE DE ERRATAS

**En la contracarátula de los números anteriores aparecen por error los nombres de los Profesores Contratados juntamente con la de los Profesores Concursados; los Directores de la Revista creen necesario hacer una clara distinción entre estas categorías docentes, por lo que, en este y los siguientes números, aparecerán bajo los epígrafes correspondientes; así mismo, en cuanto se trata de Profesores de una categoría y que hayan sido contratados en otra, sólo aparecerán en la primera.**

---

## INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

a) *La Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas, órgano del Departamento de Ciencias Psicológicas y de la Asignatura de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, es una publicación universitaria trimestral.*

b) *Toda comunicación deberá ser remitida al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina. Av. Grau s/n. Lima, Perú. o a la Asignatura de Neurología, Sala San Luis, Hospital 2 de Mayo.*

c) *Se admitirán artículos inéditos que a juicio del comtié de redacción merezcan ser publicados y que deberán reunir las siguientes condiciones:*

1. *Los originales deberán ser escritos a máquina, a doble espacio y por un solo lado, en papel tipo carta.*

2. *Su extensión no deberá exceder 40 páginas.*

3. *Su redacción y bibliografía deberán ajustarse a las normas internacionalmente establecidas y en lo posible al esquema siguiente Introducción, Historia, Material y Método, Resultados, Discusión, Conclusiones, Resumen y Bibliografía.*

4. *Las ilustraciones deben ser numeradas y remitidas en hojas separadas indicando las leyendas y el lugar donde deben consignarse.*

d) *Los autores que deseen separatas deberán indicarlo así; los gastos de impresión correrán por su cuenta.*

e) *Ningún original será devuelto, sea publicado o no.*

f) *La Revista no se hace responsable de las opiniones vertidas por los autores.*

## SUSCRIPCIONES

**Número suelto: en el Perú S/. 30.00. en el extranjero $ 1.50**
**Suscripción anual: en el Perú S/. 120.00. en el extranjero $ 6.00**
**Dirigirse al Departamento de Ciencias Psicológicas en la Facultad de Medicina de la U. N. M. S. M. Av. Grau s/n Ap. Nº 529 — Lima - Perú**

| | |
|---|---|
| | Dr. Gregorio Seghelmeble<br>Dr. Carlos Valencia<br>Dr. Gustavo Vásquez |
| **Psicólogos Clínicos contratados** | Dra. Amelia Aréstegui Armas<br>Dra. Delia Mattos |
| **Asistenta Social contratada** | Srta. Julia Sovero |

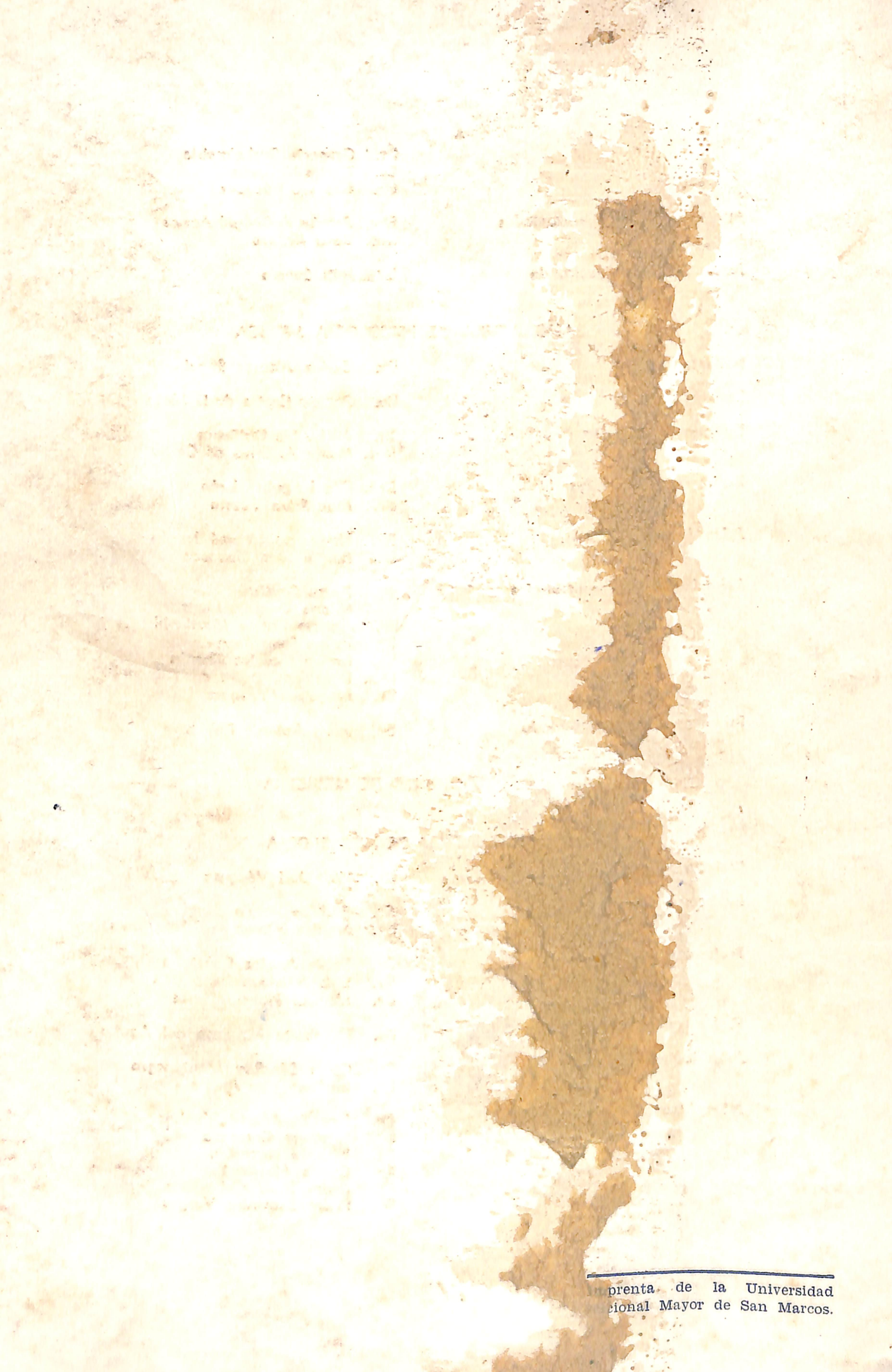
## ASIGNATURA DE PSICOLOGIA MEDICA

| | |
|---|---|
| **Profesor Principal** | Dr. Carlos Alberto Seguín |
| **Profesor Asociado** | Dr. Renato Castro de la Mata |
| **Profesores Auxiliares** | Dr. José Alva Quiñones<br>Dra. María A. Silva de Castro |
| **Profesores contratados** | Dra. Elia Izaguirre León<br>Dr. Max Silva Tuesta |
| **Jefes Instructores** | Dr. Humberto Napurí Jordán<br>Dr. Rubén Rios Carrasco |
| **Jefes Instructores contratados** | Dr. Pedro Bautista<br>Dr. Héctor Cornejo Mere<br>Dr. Alberto García Martinelli<br>Dr. Felipe Iannacone<br>Dr. Emilio Morales Charún<br>Dra. Dora Van Oordt de Titinger<br>Dr. Francisco Vásquez Palomino |
| **Psicólogo Clínico contratado** | Dr. Juan Antonio Robles |

## DEPARTAMENTO DE MEDICINA

## ASIGNATURA DE NEUROLOGIA

| | |
|---|---|
| **Profesor Principal** | Dr. Raúl Jerí Vásquez |
| **Profesores Asociados** | Dr. Rodolfo Landa<br>Dr. Jacobo Silberman Schwartman |
| **Profesores Auxiliares** | Dr. Pablo Anglas Quintana<br>Dr. Luis Aspauza Giampietri<br>Dr. Manuel Pizarro Flores |
| **Profesor contratado** | Dr. Humberto Hinojosa del Aguila |
| **Jefes Instructores** | Dr. César Sánchez Montenegro<br>Dr. Luciano Vise Aparicio |
| **Jefes Instructores contratados** | Dr. Leoncio Acosta Sánchez<br>Dr. Santiago Carranza<br>Dr. Vicente Huamán.<br>Dr. Carlos Martinot<br>Dr. Pedro Ortíz Cabanillas<br>Dr. Pedro Saavedra Vargas |



prenta de la Universidad
cional Mayor de San Marcos.